

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'EROTOMANIE de DE CLERAMBAULT ou EROTISME ORGUEILLEUX

PAR

MAURICE LECONTE

Situation nosographique

On considère de nos jours l'érotomanie comme un thème, ou un syndrome constitué par l'illusion délirante d'être aimé. Mais, dans l'œuvre de de Clérambault, *l'érotomanie* :

est une psychose passionnelle. C'est un syndrome passionnel morbide, à réunir au délire de revendication et de jalousie. Ce syndrome peut être : pur ou associé. Le pur, seul, mérite le vocable d'érotomanie ;

est un érotisme orgueilleux qu'il convient de différencier d'une mégalomanie générale, et des délires paranoïaques qui ont pour base un sentiment de méfiance.

Ses symptômes tiennent plus de l'idée fixe que d'un véritable délire dans le sens habituel du terme.

Le platonisme, notion classique périmée, est contingent.

« La conception archaïque de l'érotomanie, toute basée sur le platonisme, aura été, comme l'hystérie de la même époque, le résultat de la crédulité chez le médecin, et la dissimulation chez

les malades, collaboration adjuvée de quelques facteurs accessoires que nous ne pouvons ajouter, ici. » (1).

Et de Clérambault déclare qu'une telle conception serait tératologique et paradoxale, ne pouvant concevoir qu'une construction psychologique ait pour base, non une force, mais un néant.

Les *constantes* sont :

- la triade affective (orgueil, amour, espoir) ;
- le postulat ;
- les formules dérivées du postulat.

Le début : Le début est franc, précis, différent du paranoïaque. Elle débute par un postulat fondamental. Ses éléments générateurs sont : orgueil, désir, espoir. C'est la triade affective.

Le postulat est un élément générateur affectif et idéatif. C'est un nœud idéo-affectif.

C'est l'objet qui a commencé. Le premier, il a été épris. Il aime seul ou il aime le plus.

L'objet est ordinairement élevé. Mais ce rang élevé peut, aussi, être contingent. Ce qui importe, c'est le prestige.

L'objet est unique.

Evolution : L'évolution est telle que les conceptions de l'érotomane se développent systématiquement selon un scénario qui permet : de prévoir des conceptions systématiques pouvant être prédites, ainsi que les actes ; d'établir un questionnaire infaillible en rapport avec le scénario.

Cette évolution passe par trois phases :

- optimiste : *phase d'amour*, de démarches ambitieuses ;
- pessimiste : *phase de dépit* : dépit amoureux, haine mixte, phases d'accusations mensongères ;
- phase de rancune* : haine véritable et querulence. C'est la phase des revendications intéressées.

Les libérations, rares, sont possibles et relèvent :

- soit d'accalmies réelles et de garanties offertes à l'administration ;
- soit de réticence chez les malades ;

(1) DE CLÉRAMBULT. — *Œuvre psychiatrique*, t. I, p. 371.

Nous rappellerons, à l'usage des candidats au Médicat des hôpitaux psychiatriques, qu'au concours de 1935, le libellé de l'une des trois questions de l'urne fut exactement : « L'érotomanie de de Clérambault ».

soit d'examen insuffisant, d'où la nécessité :

de connaître les formules typiques du délire et le plan de l'interrogatoire ;

de manœuvrer les malades, non en les questionnant, mais en sachant les émouvoir.

Etude clinique

I. — PSYCHO-DIAGNOSTIC.

La psychopathologie dérive, pour de Clérambault :

a) du postulat initial qui engendre des « constantes » et est une constante lui-même ; des déductions de ce postulat : ce sont les formules dérivées du postulat ;

b) de thèmes imaginatifs et interprétatifs divers.

De Clérambault insiste sur la nécessité clinique :

de rechercher, non les faits, mais les points de vue du malade ; les actionner ;

faire jouer le sentiment *espoir* qui éclate : dans la crédulité de tels malades que l'on doit savoir exploiter ; dans leurs acquiescements tacites ; dans leur animation subite à telle ou telle évocation ; enfin, dans les effets mimiques, toujours emprunts d'hypertonus (2).

Faute de ces manœuvres, « nombre d'érotomanes restent classées parmi les persécutées-persécutrices, alors qu'elles devraient être classées parmi les persécutrices amoureuses ».

LES ÉLÉMENTS DU SYNDROME :

Nous avons déjà dit que les composantes du sentiment générateur du postulat sont au nombre de trois :

Premier élément : c'est la triade : orgueil, désir ou amour, espoir.

Deuxième élément : c'est le postulat fondamental. De Clérambault l'a défini (3) : « la conviction erronée de l'emprise totale sur le psychisme sexuel d'une personne déterminée ».

On constate cliniquement que c'est l'objet qui a commencé et

(2) O.C., p. 355.

(3) O.C., p. 395.

qui aime le plus et aime seul. Objet ordinairement élevé, notion classique, mais aussi subsidiaire.

Il est exagéré de croire l'écart social constamment considérable. Il est souvent minime ou nul. « Le seul point important est que l'objet possède aux yeux du sujet un prestige. »

Le platonisme est également contingent, rappelons-le. « Le platonisme est une donnée sans importance dans le tableau de l'érotomanie, un détail individuel, variable, inconstant, improuvé, sans influence sur la genèse et l'évolution du délire. » On est donc définitivement éloigné du mythe de la folie de l'amour chaste de Ball.

Troisième groupement d'éléments : les conceptions spécifiques. Elles comportent des : a) thèmes dérivés et évidents ; b) thèmes dérivés qui se démontrent.

a) *Thèmes dérivés et évidents :*

L'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant.

L'objet ne peut avoir de valeur complète sans le soupirant.

L'objet est libre. Son mariage n'est pas valable.

b) *Thèmes dérivés qui se démontrent :*

Vigilance continuelle de l'objet.

Protection continuelle de l'objet.

Travaux d'approche de la part de l'objet.

Conversations indirectes avec l'objet.

Ressources phénoménales dont dispose l'objet.

Sympathie et collaboration universelle au roman en cours : A cet égard, il peut y avoir remplacement de l'intensité par le nombre (4). Il y a intérêt passionné d'autrui pour l'affaire.

Il en résulte des interprétations *orientées* : des faits actuels ; des faits anciens, mais postérieurs au postulat à début précis.

Conduite paradoxale et contradictoire de l'objet : « Jamais elle ne manque. » Ces formules sont rarement toutes réunies. La dernière revêt une importance majeure.

L'état passionnel entraîne :

des illusions du jugement, écrit de Clérambault (5). Ce ne sont pour nous que des interprétations, comme en témoigne ce malade confiant qu'au téléphone, l'objet en cause a déclaré qu'il

(4) O.C. p. 397.

(5) O.C., p. 409.

administrerait à la poursuivante un coup de canne qui n'était, pour la malade, qu'une image érotique ;

des illusions de l'observation. « Ses regards, dit la même malade, m'ont fait sentir qu'il serait heureux avec moi, qu'il regrettait de me faire souffrir. » (6).

A côté de la dyslogie passionnelle pure du malade, on relève : *des idées de persécution*, relatives aux incidents de la poursuite, donc groupées. Si les thèmes diffusent, c'est que le syndrome érotomaniaque n'est pas pur, mais associé ;

des mensonges. C'est là un trait commun à tous les passionnels. (La « mendacité » est surtout marquée chez les revendicateurs qui n'hésitent pas à faire des faux pour appuyer ce qu'ils jugent être la vérité) (7).

Du point de vue affectif : Il s'agit d'un état passionnel durable qui obéit aux règles générales des états passionnels quant à leurs conditions de développement et de durée. Ces règles font que :

1° Un état d'instabilité émotive favorise l'éclosion de synthèses passionnelles durables.

2° Il n'y a pas nécessairement un rapport affectif, ni idéique entre les causes de l'état instable et la synthèse passionnelle qui en surgit.

3° Cependant, une similarité entre l'état préliminaire et le choc favorise la stabilité de la synthèse. De Clérambault insistait aussi sur les points communs entre les ivresses délirantes et les délires passionnels. Il rappelait que le coup de foudre amoureux survenait souvent dans un état triste, et non constamment dans un état heureux.

Les règles précédentes étaient basées sur le rapprochement des états hypomaniaques et passionnels purs. L'état préparatoire peut être, selon les cas, un état de dépression, d'euphorie ou d'expectation. De Clérambault espérait pouvoir rencontrer un délire passionnel surgi au sein d'un état émotif inverse.

II. — SOMATO-DIAGNOSTIC.

De Clérambault s'est peu intéressé au syndrome physique de ses malades.

(6) O.C., p. 409.

(7) P.C., p. 397.

On trouve dans ses observations l'intervention de l'alcoolisme, de l'hérédo-alcoolisme, de la ménopause, de la puberté, mais il a fortement glissé sur les processus de la médecine générale pouvant être le substrat du déséquilibre émotionnel et passionnel comme on pouvait s'y attendre de sa définition : « L'érotomanie est un syndrome psychologique, ou du moins presque exclusivement psychologique. »

Cependant, il en admettait la base physiologique, ce qui laisse entendre que d'autres psychoses ne sont pas dans ce cas, et déclarait (8) : « Puisqu'ils sont (les délires passionnels) des délires à base physiologique, nous les rapprocherons des autres troubles délirants dont la base est physiologique, c'est-à-dire, d'une part la psychose à double forme, d'autre part les obsessions, phobies et impulsions. »

Toutefois, il a insisté sur l'intérêt de la prise du R.O.C. et l'existence d'un hypertonus du sympathique, ou du moins, à défaut de la prédominance du sympathique, de désordres de l'équilibre vago-sympathique (9).

De Clérambault disait bien que le R.O.C. ne pouvait donner que des renseignements très partiels, qu'il était sommaire.

Il n'est pas douteux que l'avenir de la psychiatrie s'orientera vers un approfondissement de l'étude des somato- et bio-diagnos-tics, conformément aux principes de la médecine psychiatrique, mais, disait-il encore (10) : « Le symptôme obtenu, si sa valeur est limitée, il a au moins le mérite d'être le prototype des renseignements à obtenir pour démontrer les substratums physiologiques de l'idéation passionnelle. »

III. — LE BIO-DIAGNOSTIC.

Médecin d'un service de passage à intense activité de dépistage, d'observation, de triage, mais non de soins, indépendamment de la préséance de ses préoccupations psycho-pathologiques, de Clérambault a, de façon à peu près totale, passé sous silence les diverses données biologiques se pouvant observer même chez les passionnels.

Nos connaissances endocriniennes et médicales ont d'ailleurs pris un essor relativement récent, auxquelles on est encore trop souvent loin de faire suffisamment appel en matière psychiatrique.

(8) O.C., p. 421.

(9) Réflexe O.C. chez les passionnels. *R.S.C.*, MM., juillet 1923.

(10) O.C., p. 450.

IV. — LE SOCIO-DIAGNOSTIC.

Nous avons l'habitude de ranger, dans cette rubrique, indépendamment de ce que le médecin apprend par ouï-dire sur l'anamnèse, le passé héréditaire ou personnel, les antécédents du malade, en un mot, tout ce qui concerne son comportement et ses réactions dans les divers milieux auxquels appartient le malade.

De Clérambault n'a pas manqué d'insister pleinement et savamment sur ces données essentielles, concrètes, objectives et d'importance capitale en psychiatrie où, s'il fallait choisir une psychologie, le béhaviourisme devrait l'emporter sur toute autre psychologie classique d'introspection, ou moderne d'analyse.

Les troubles de l'activité font partie du syndrome et de la définition même de l'érotomanie.

On lit (11) cette autre définition où l'activité est bien mise en exergue : « L'érotomanie consiste en un trouble : 1° affectif ; 2° rémittent ; 3° *lié essentiellement à l'activité*. »

Or, dans les interrogatoires, quels genres de preuves recherche-t-on ? Des preuves : 1° intellectuelles ; 2° continues ; 3° statiques.

Pour connaître de tels malades, il faut, non pas les questionner, mais les manœuvrer, et, pour cela, les agiter. Il peut même être bon parfois de les irriter. On y arrive sans inconvénient par une feinte incompréhension de leurs mobiles ou arrière-pensées : on obtient ainsi des exclamations révélatrices (en termes courants, des « cris du cœur »).

Il ne s'agit pas en effet de savoir ce que pense le malade quand il est calme, mais de quels désirs et impulsions il est capable une fois ému, comme il lui arrivera de l'être, infailliblement, une fois libre.

De tels examens doivent en outre durer des heures, afin de fatiguer le sujet, et de profiter de l'accumulation de ses souvenirs, « afin d'être conduits avec une connaissance minutieuse de tout le dossier ».

C'est dire l'importance des documents de police, des certificats et expertises antérieurs, des données de l'enquête sociale.

Les principales réactions, retrouvées dans des cas publiés par de Clérambault, sont nombreuses ; elles varient avec le stade de la psychose et le caractère du sujet.

« L'évolution et les réactions, dit de Clérambault, sont pour

(11) O.C., p. 409.

une grande part fonction du caractère individuel, du degré de moralité, de l'éducation. Elles sont différentes selon les stades. »

Les stades 2 et 3 peuvent être immédiats. Ils sont toujours réversibles.

Au stade 1, c'est-à-dire à la phase d'amour, ce sont les démarches ambitieuses.

Au stade 2, phase de dépit, ce sont des accusations mensongères.

Au stade 3, phase de rancune, c'est la phase des revendications intéressées.

A cet égard, de Clérambault écrit encore (12) : « Le sentiment de culpabilité n'est pas du tout inhabituel chez les érotomanes. Les demandes de dommages-intérêts sont fréquentes de la part des femmes ; du côté hommes, les grands débilés, surtout ruraux, ont parfois les mêmes exigences. »

En bref, du point de vue comportement, il en résulte, entremêlés de mensonges et réticences :

- des attentes passionnées ;
- de la surveillance ;
- des poursuites, des interpellations. Les malades attendent, guettent, suivent, abordent l'objet ;
- des voyages et parfois des fugues éventuelles ;
- des téléphonages ;
- des écrits, lettres calomnieuses ;
- des discordes domestiques en cas de cohabitation ;
- des scandales, injures, menaces répétées à domicile ;
- des manœuvres à aspect de chantage ;
- des scènes sur la voie publique, à l'égard de l'objet, des proches de l'objet, de tiers, d'agents de police ;
- d'incidents divers, même dans les églises ;
- des internements, des libérations sous conditions non tenues ;
- des retours impulsifs.

Intensité, stabilité, comme la tendance aux actes, dérivent du degré de pureté du syndrome érotomaniaque. « Le maximum d'intensité, de stabilité et d'activité, selon de Clérambault, se rencontre dans les cas purs, et, après eux, dans ceux des cas qui se trouvent être provisoirement purs. »

Mais si les érotomanes, nous ne croyons pas que de Clérambault ait jamais employé le terme érotomaniaque comme subs-

(12) O.C., p. 402.

tantif, sont dangereux pour autrui, ils le sont également pour eux-mêmes.

Le suicide en relation avec les crimes passionnels sont connus et fréquents. Deshaies (13), dans sa monographie, a approfondi la question. Et de Clérambault, qui traitait par l'ipéca les échecs des tentatives de suicide par dépit, déclarait (14) : « Entre les tentatives de suicide par dépit, dont je viens de parler, et les états passionnels plus graves, il n'y a pas de limites précises. Dans les cas de ce genre, nous devons avoir le courage de prendre une décision ; nous devons garder contre son gré, du moins pendant quelques jours, un malade qui peut être momentanément dangereux pour lui-même et quelquefois pour autrui. »

PRONOSTIC.

Le pronostic de l'érotomanie a la gravité du pronostic des syndromes passionnels.

Nous avons vu que de Clérambault croit davantage à la réticence, à la superficialité de l'examen, et à une simple accalmie qu'à la possibilité de guérison.

« La persévération occulte et obstinée (15) fait le danger des passionnels. L'exposé oral de leurs idées, même sincère, n'en donne pas la mesure intégrale. Cela est vrai des érotomanes, mais surtout des érotomanes purs, avec dépit. Cela est vrai, pour les mêmes causes, de tous les autres passionnels, et spécialement des quérulents et des jaloux. C'est, selon nous, une grave imprudence de libérer, avant plusieurs d'années d'asile, un passionnel ; et, dans les cas les moins aigus, il est encore nécessaire de s'assurer que le sujet doit changer de milieu, être surveillé, et pouvoir être facilement réinterné. »

Rien ne permet de dire à l'avance qu'un délire passionnel donné sera de courte durée. L'immense majorité des probabilités veut qu'il soit de longue durée (16).

Les conditions de durée d'un état passionnel nous semblent dépendre de cinq facteurs, dont deux généraux, trois spéciaux. Ces facteurs sont :

- 1° Viabilité intrinsèque du thème idéique (nature et rappels par l'ambiance).

(13) DESHAIES. — *Psychologie du suicide*.

(14) O.C., p. 448.

(15) O.C., p. 412.

(16) O.C., p. 439.

- 2° Ténacité habituelle du sujet.
- 3° Etat affectif du sujet lors de l'émotion déchainante.
- 4° Profondeur de cette émotion.
- 5° Conformité de cette émotion avec le caractère du sujet (17).

FORMES CLINIQUES.

Les cas purs (l'érotomanie : syndrome idéo-affectif d'une intensité passionnelle) sont exempts d'hallucinations, restent fixes, ont une évolution sommaire avec extension éventuelle polarisée, n'aboutissent jamais à la démence.

Les cas mixtes admettent :

- des hallucinations ;
- un mode d'extension irradiant ;
- une systématisation riche ;
- un travail imaginaire ou interprétatif diffus.

De Clérambault insiste sur le rapport inversement proportionnel de ces éléments (18) : « Plus l'apport imaginaire a d'importance, plus l'apport passionnel est faible. »

L'érotomanie est un syndrome à base affective avec appoint imaginaire, dont le premier élément atteint une intensité maxima (c'est-à-dire une forme passionnelle) dans les cas purs, et dont le second élément (élément imaginaire) devient prédominant dans les cas secondaires. Les cas purs sont exclusivement passionnels, les cas secondaires peuvent être exclusivement imaginaires. Par cas secondaires, nous entendons ceux où le syndrome érotomane n'est que partie intégrante d'une plus vaste psychose, celle-ci le plus souvent polymorphe (19) :

- une persécution générale ;
- une mégalomanie globale (pas d'idées de grandeur dans l'érotomanie) ;
- des variations dans le choix de l'objet et le nombre (objets simultanés multiples).

Le mode de désignation de l'objet est fréquemment imaginaire. Le culte de l'objet peut être mêlé d'esprit mystique. Il peut y avoir affaiblissement intellectuel.

« *En un mot, les cas mixtes admettent tous les devenir* » :
au cours d'un délire interprétatif proprement dit ;

(17) O.C., p. 438.

(18) O.C., p. 349.

(19) O.C., p. 372, Erotomanie prodromique.

au cours d'un délire polymorphe ;
prodromique d'un syndrome discordant, de Clérambault disait de démence précoce.

Mais le syndrome ne fait qu'en imposer pour une érotomanie pure.

« J'ai vu aussi un très beau cas de persécution amoureuse se terminer en démence précoce. La malade raisonnante et agressive a été pendant des années un objet de discussion entre médecins, certains s'obstinant à la remettre en liberté et à la déclarer responsable, d'autres la qualifiant de processive. Le substratum érotomaniac ne fut soupçonné que tardivement et le substratum de la démence précoce encore plus tard. »

Notons en passant ce bel exemple de mutabilité des syndromes (20).

Les épisodes d'excitation accidentelle chez les dégénérés. Le danger réside dans l'insuffisance et la précocité de la sortie.

DIAGNOSTIC.

Positif : Il est basé sur les constantes constituées par : la triade affective, le postulat, les formules dérivées du postulat.

L'élément passionnel et les troubles de l'activité permettent de le faire. Il y a des causes d'erreur, car la mise en évidence de l'élément espoir est difficile. Aussi, certains médecins concluent qu'il n'y a jamais eu de délire ou que le délire est terminé.

Mais on doit s'attacher soigneusement à écarter les causes d'erreur qui sont, pour le maître, les suivantes :

- absence de systématisation (21) ;
- réticence consciente ;
- réticence inconsciente.

1° *Absence de systématisation* : Un tel critère est sans valeur, puisque l'extension de tels délires n'est pas constante, et que précisément elle manque dans les cas les plus décisifs.

2° *Réticence consciente* : Nous ferons remarquer que la réticence est plus facile aux passionnels qu'à tous les autres déliants, et revêt chez eux les aspects les plus naturels.

3° *Réticence inconsciente* : C'est là une forme de réticence qui

(20) *Essai critique des nosographies psychiatriques actuelles*, par M. LECONTE (en collaboration avec DAMEY), Doin éditeur, Paris.

(21) O.C., p. 408.

n'a pas été signalée. Elle est due à la rémittence de la passion ou encore à la dualité psychologique du passionnel. Le sujet, en période de doute ou de dépit, ou d'accalmie, ignore toutes ses virtualités et imminences. Il juge son passé, définit sa maladie et se croit guéri. Notre malade nous a fourni à maintes reprises des aveux de son absurdité et des formules d'abdication ; elle trouve des expressions touchantes pour reconnaître son impuissance et déplorer sa vie perdue. « Je suis vieille, je suis laide, je n'ose plus me regarder, dans cinq ans j'aurai 60 ans, j'aurais mieux fait de jouir de la vie ou de vivre tranquille auprès de ma mère. » Mais la reviviscence du désir survient, soit dans les crescendos de la causerie, soit par le retour d'un seul souvenir, que ce soit en conversation ou en rêverie.

Insistant toujours sur la difficulté de l'examen et le fait qu'il s'agit d'un délire essentiellement de l'activité, de Clérambault précisait encore (22) : « Il ne s'agit pas en effet de savoir ce que pense le malade quand il est calme, mais de quels délires et impulsions il est capable une fois ému, comme il lui arrivera de l'être infailliblement une fois libre. »

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

a) *L'idée fixe* : Car les symptômes de l'érotomanie ne constituent pas un délire, et ses rapports avec l'idée fixe seraient à discuter davantage.

b) *La passion normale* : Mais aucun passionnel normal et malheureux ne cache en lui le postulat, c'est-à-dire :

ne croit être aimé plus qu'il n'aime ;

ne prétend mieux connaître la vraie pensée de l'objet que l'objet lui-même ;

n'invoquera l'attitude paradoxale de l'objet (que l'objet, par exemple, lui soumet en l'envoyant en prison) ;

et que toute une foule s'intéresse à son roman ;

il ne niera pas que l'objet soit marié s'il l'est.

Tous ses efforts partent de l'idée qu'il pourra et peut se faire aimer : le contraire du postulat.

c) *Les syndromes mégalomaniaques* quand l'objet est élevé. Mais les délires peuvent coexister.

Délire de persécution à début érotomaniaque, telle est l'observation publiée à la Société clinique de médecine mentale en

(22) O.C., p. 410.

mars 1913, sous le titre : « Interprétation délirante avec conscience de la maladie. Début ambitieux. Episode amnésique. Traumatisme céphalique dans l'enfance ». (Notons que le malade buvait 1 litre à 1 litre 1/2 par jour depuis des années).

L'érotomanie peut venir coexister, en second lieu, avec un délire. Telle est encore cette autre publication : « Coexistence de deux délires. Persécution et érotomanie » (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, déc. 1920, p. 238).

Il y a bien des délires distincts, mais connexes, dans ces cas, car, dit de Clérambault, ils sont en même temps distincts « *comme deux infections associées* ».

Et de Clérambault réserve au syndrome commun à tous les cas le vocable d'érotomanie, distinguant ainsi : des cas purs et des cas mixtes, dont nous avons parlé aux formes cliniques.

d) Le persécuté-persécuteur non ambitieux : Il n'invoque jamais l'idée d'une conduite entièrement paradoxale.

Rappelons le parallèle distinctif classique :

<i>Délire passionnel érotomaniac</i>	<i>Délire interprétatif</i>
Base passionnelle.	Base de caractère paranoïaque, c'est-à-dire sentiment de méfiance.
Le début est déterminé : le postulat.	Le début ne peut être déterminé.
Bout précis, dès le début, du revendicateur jaloux ou du passionnel.	Non.
Vit dans un état d'effort.	Vit dans un état d'expectative.
Le développement des idées délirantes se fait en <i>secteur</i> .	Le développement des idées délirantes se fait en <i>réseau</i> .
Il y a absence de mégalomanie absurde et de transformation de l'ambiance.	»
Pas de rétropection.	Vues rétrospectives.
Souvent présentation hypomaniaque.	Recherche d'explications dans le passé.
L'érotomane est un excité excitable.	Le sujet n'est pas excité.
Peu d'apport imaginaire.	Plus l'apport imaginaire est d'importance, plus l'apport passionnel est faible.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE.

Il n'y a guère de place pour l'étude du diagnostic étiologique du syndrome érotomaniaque dans le sens médical du terme dans l'œuvre de de Clérambault.

Et cela tout particulièrement pour l'érotomanie pure, qui fait l'objet de notre étude et que le maître de l'infirmerie spéciale opposait aux érotomanies associées.

Il s'agit donc d'une étude avant tout clinique, soigneusement observée, d'un certain nombre de cas de psychologie pathologique, mais la porte demeure ouverte aux investigations étiologiques et biologiques.

Car il ne fait, par ailleurs, aucun doute, pour de Clérambault, que la véritable étiologie est d'ordre organique, comme il en était des psychoses à base d'automatisme, c'est-à-dire des psychoses chroniques de persécution, dites systématisées, que l'auteur réunissait aux psychoses hallucinatoires chroniques à thème d'hypocondrie ou de possession et d'influence.

On sait que, pour lui, leur source n'était pas dans l'idéation, ni dans l'affectivité, mais reconnaissait une origine histologique.

Les processus des psychoses hallucinatoires chroniques, dites systématisées, étaient des séquelles de lésions infectieuses toxiques, traumatiques ou sclérosantes, séquelles seulement les plus tardives, les plus subtiles et les plus systématisées de toutes les séquelles neurologiques.

Nous avons rappelé que l'alcoolisme, par exemple, figurait déjà dans certaines observations de de Clérambault.

L'indissolubilité du couple psycho-biologique, pour employer l'une des locutions qui nous sont familières, n'a pas manqué d'être remarquée par l'auteur. Le rôle du sympathique lui est apparu comme très important, mais, sans généraliser cette atteinte, de Clérambault a souligné qu'il lui semblait « qu'on trouvera constamment des désordres de *l'équilibre* vago-sympathique ». Et c'est par l'étude des causes de la perturbation de ce système mis en évidence par de Clérambault que le diagnostic et l'étiologie de l'érotomanie pourront être précisés et traités scientifiquement dans les temps futurs.

La médecine psychiatrique de l'avenir se devra de poursuivre dans ce sens l'étude de l'étiologie à laquelle le fonctionnement de l'ancienne Infirmerie spéciale ne se prêtait guère, mais que son transfert à la Salpêtrière, la médicalisation des Hôpitaux psychiatriques, la création de services hospitaliers de psychia-

trie dotés de moyens de laboratoires convenables et modernes, permettront, la chose est sûre, de mieux connaître et de mieux traiter, car les passionnels sont des gens dangereux, chez qui une « réadaptation sociale » — c'est ainsi qu'il est de mode de qualifier la sortie de nos jours —, tentée sans traitement visant à stabiliser l'équilibre biologique en le mettant à l'abri des impulsions, risque de laisser commettre de nouveaux et futurs crimes.

La presse quotidienne n'en met que trop souvent en évidence, ce qui confirme, à l'heure actuelle, tant que la thérapeutique n'aura pas davantage progressé dans la voie médicale, le danger de ces malades en liberté, conformément aux observations objectives du Maître de l'Infirmerie spéciale, quelle que soit la pathogénie psycho-pathologique que l'on puisse invoquer à leur sujet.

L'heureuse et indiscutable influence des neuroleptiques dans un certain nombre de cas est significative en regard du problème biologique que pose un tel syndrome et de bon augure néanmoins pour l'avenir.

DISTANCE SOCIALE ET RAPPORTS INTERINDIVIDUELS EN MILIEU PSYCHIATRIQUE (Aspects techniques d'approche psycho-sociale)

PAR

le Docteur ADOLFO FERNANDEZ-ZOILA (1)
et MARYVONNE LEBRETON (2) (C.T.R.S., Villejuif)

L'étude des rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique (3) fait apparaître les facteurs de cohésion et de dispersion qui réalisent la base structurale du milieu dans lequel vivent les malades, en même temps que s'impose la nécessité d'une analyse plus approfondie de ce même milieu. En effet, dans la mesure où l'on admet que la vie collective au sein des pavillons exige une organisation et que cette organisation doit être orientée vers l'élaboration du milieu psychiatrique dans un devenir pleinement thérapeutique, une analyse de l'articulation des conduites des malades, du personnel infirmier et des médecins devient indispensable.

La vie sociale existant dans le monde hospitalier est faite de toute une série d'interactions et d'échanges, où les rapports individuels prennent une grande place, mais où apparaissent aussi des comportements liés à la vie en groupe et plus particulièrement à la vie collective en milieu asilaire. Une approche psycho-sociale, nous permettant de mieux connaître les comportements intrahospitaliers, leurs motivations, leurs finalités, mérite d'être tentée. Une première étape de cette approche psycho-sociale demande la mise en place d'une technique d'exploration ;

(1) Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques.

(2) Psychologue, Conseillère d'O.P.

(3) A. FERNANDEZ, M. HAZERA, Maryvonne LEBRETON. — Facteurs de cohésion des rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, fév. 1958, pp. 222-251.

ce sont ces aspects pratiques de prise de contact avec le contenu social d'un pavillon d'admission qui vont être rapportés ici.

*
**

I. — LE CONTENU PSYCHO-SOCIAL DE LA COLLECTIVITÉ PAVILLONNAIRE

Chaque pavillon du système hospitalier a une vie spécifique. Un regard rapide sur le déroulement de la vie pavillonnaire fait apparaître des formes de vie sociale, des comportements, des activités, des formes de langage même qui sont propres à chaque quartier psychiatrique. A l'intérieur de ces microcosmes, on pourra déceler encore des différences plus poussées qui apparaissent liées au cadre spatial et aux divers aspects de la collectivité pavillonnaire. Des groupements, des sous-groupes, des modes de rapports interindividuels se forment en fonction des divers secteurs d'un même quartier, ou prennent une coloration différente suivant les divers moments des activités.

Cette appréhension rapide et directe (mais non immédiate) du contenu social sollicite une analyse plus complète, qui pourrait nous permettre de délimiter l'origine de tel ou tel comportement ou la signification d'un type de rapports sociaux donné. Pour mieux situer les techniques psycho-sociales que nous avons essayé d'utiliser à cette fin, rappelons très brièvement les données théoriques qui ont présidé à ces premières recherches.

Connaître le contenu psycho-social de la vie pavillonnaire demande une convergence d'approches qui, suivant le dynamisme mouvant des fluctuations et changements de population, essaiera de le saisir dans sa vivante réalité. Une biographie descriptive des comportements sociaux quotidiens peut donner un premier aperçu. Les conduites sociales observées directement ou à l'aide de méthodes empruntées à la microsociologie ou à la sociométrie, au cours de certaines situations, telles les réunions de pavillon, l'évolution des sous-groupes constitués spontanément ou à l'occasion d'une activité donnée, permettront par exemple de préciser quelques-unes des modalités des échanges interindividuels et certains rapports avec autrui. On pourra aussi établir un test de configuration sociale au cours des réunions. L'activité de l'atelier du pavillon peut permettre à son tour une étude centrée par un facteur de cohésion concret : la tâche à accomplir et, de là, les formes de sociabilité qui existent autour de la table de travail et la signification individuelle de la rémunéra-

tion liée à la tâche effectuée. Les réunions ouvertes à la participation des malades des autres pavillons donneront des indications sur les dimensions d'accueil vis-à-vis des « étrangers » au pavillon considéré. Enfin, l'étude d'autres formes de vie sociale permettra de délimiter progressivement, de façon plus complète, le type des rapports individuels avec leur caractère et leur signification pour chacun des participants de la vie collective. Ces approches, complétées par les éléments sociaux de l'histoire clinique des malades, nécessitent encore une approche plus codifiée, plus expérimentale. C'est ce que nous avons essayé de faire en cherchant à appréhender « la distance sociale » séparant un nombre déterminé de membres de la société pavillonnaire. C'est un premier temps qui a permis de recueillir des indications susceptibles de faciliter ultérieurement l'analyse du milieu psychiatrique.

Bogardus (1), en 1925, a établi une échelle devant mesurer les attitudes liées à la distance sociale. Par distance sociale, il entendait le degré de proximité auquel un individu accepterait d'admettre une personne d'un autre groupe social. Bogardus cherchait à connaître l'attitude sociale vis-à-vis des groupes ethniques ou nationaux différents. La transposition, de la notion de distance sociale, sinon de l'échelle elle-même, dans un milieu clos, constitué par un mélange d'individus venant de milieux et de groupes sociaux très différents, nous a paru possible.

En effet, la distance sociale vise à mettre en évidence le seuil de tolérance ou d'acceptation d'une personne vis-à-vis d'autrui. Cette distance paraît liée à une attitude donnée, dont la recherche expérimentale peut nous fournir de précieuses indications concernant l'introduction éventuelle d'une sociabilité active dans un pavillon déterminé.

*
**

II. — APPROCHE PSYCHO-SOCIALE EXPÉRIMENTALE QUESTIONNAIRES ET INTERVIEW

A) *Les conditions de l'expérience.*

a) *Le groupe échantillon et le pavillon.* — Le pavillon choisi pour cadre à cette expérience est le pavillon d'admission qui

(1) BOGARDUS (E. S.), 1925. — Measuring social distance. *J. Appl. Sociol.*, 9, 299-308 ; pour une bibliographie plus complète, cf. D. KRECH et R. S. CRUTCHFIELD : *Théorie et problèmes de psychologie sociale*, P.U.F., 1952, 2 tomes.

comprend 60 malades femmes en moyenne. (Il s'agit d'un service de 260 femmes réparties en cinq pavillons). Quelques-unes y séjournent pendant un temps assez long (plusieurs semaines ou mois) et un « fleuve » de malades passe après un séjour plus court, allant de quelques jours à quelques semaines. Notre groupe comprenait le tiers des malades présentes. Le choix avait été fait parmi les membres les plus actifs de la collectivité, excluant les grandes malades et celles sous traitement intensif et, par ce fait, incapables de participer à l'expérience.

Les 20 malades ainsi choisies séjournaient toutes au pavillon depuis plus de huit jours ; six d'entre elles y séjournaient depuis moins d'un mois, sept depuis moins de deux mois, trois depuis moins de six mois, trois depuis moins d'un an, une depuis plus d'un an. Parmi ces malades, 10 avaient fait un séjour antérieur dans le service.

La répartition par âge était la suivante : dix avaient moins de 30 ans, sept de 30 à 50 ans et trois avaient plus de 50 ans.

b) *Choix du moment de la passation des questionnaires et interview.* — L'activité hebdomadaire étant le plus intense les mardi et mercredi, alors que les fins de semaines sont plus spécialement favorables aux départs en permission, nous avons choisi le jeudi et le vendredi pour proposer les questionnaires et procéder aux entretiens. L'heure creuse la plus favorable se situait au début de la matinée, le premier jour de 7 h. 30 à 9 h. et de 7 h. 30 à 11 h. le lendemain.

c) *Cadre de l'expérience.* — Le premier jour, il fut demandé aux malades de répondre par écrit à trois questionnaires distribués successivement. Les vingt malades étaient groupées dans le local habituellement réservé à l'atelier ; vaste palier au premier étage, zone de passage au cours de la journée, mais calme et silencieuse à ce moment. Elles étaient installées autour de cinq tables (deux tables à une personne, une à trois, une à sept et une à huit), selon leurs désirs ou leurs affinités. L'expérience était conduite par l'un d'entre nous, psychologue, en dehors de toute autre personne. Ni les malades, ni le personnel n'étaient au courant du genre d'expérience qui allait être tentée.

Le deuxième jour, nous avons procédé à l'interview individuel de chaque malade (trois cependant étaient absentes, l'une d'elles était en cure d'insuline, deux autres étaient sorties en permission). Elles furent groupées, cette fois, avec l'aide de la surveillante du quartier sur le même palier et appelées l'une après l'autre dans un petit bureau attenant. La surveillante essayait

en même temps d'éviter l'impatience des malades et de les faire descendre après l'entretien sans qu'elles puissent communiquer avec leurs compagnes qui attendaient encore.

B) *La conduite de l'expérience.*

a) *L'élaboration des techniques.* — Pour essayer de mesurer le degré de proximité sociale auquel chaque malade accepterait d'admettre ses compagnes, nous nous sommes inspirés des notions développées par Bogardus et reprises par P. Fraisse (1). La méthode de mesure des attitudes sociales, telle qu'elle avait été mise au point par Bogardus, n'était évidemment pas utilisable telle quelle, en milieu psychiatrique ; sa destinée originale étant l'étude des attitudes sociales d'un individu vis-à-vis des représentants d'un groupe ethnique différent. On pouvait cependant, sur un proche modèle, essayer de mettre en évidence des attitudes possibles correspondant à des distances sociales de plus en plus courtes. C'est ainsi que nous avons essayé de répartir quinze questions en trois protocoles écrits où la proximité sociale allait croissant et en utilisant pour établir ces questions une adaptation très libre des méthodes microsociologiques et sociométriques. Pour compléter les données écrites et pour en délimiter la signification, nous avons cru utile d'avoir recours à un interview dirigé, où les réponses obtenues permettaient une plus grande précision.

b) *Le matériel employé.* — Les questionnaires dactylographiés étaient distribués en trois feuilles individuelles, comportant le texte des questions et des emplacements pour les réponses (cf. ci-après). La première feuille comprend six questions où l'on essaie de mettre en évidence l'attitude de la malade vis-à-vis du service, des pavillons qui le composent, des malades qui y vivent et son désir de rencontre avec l'ensemble des malades.

Le deuxième questionnaire comprend cinq questions recherchant des réponses plus denses, dénotant des distances sociales plus courtes et plus significatives. La fréquentation sociale est graduée depuis la prise du repas en commun jusqu'à la sortie en ville.

Le troisième questionnaire est composé de quatre questions visant à obtenir une orientation sur le devenir des relations sociales établies pendant le séjour hospitalier. La perspective du

(1) P. FRAISSE. — *Manuel pratique de psychologie expérimentale*, P.U.F., 1956, 312 p.

Questionnaire N° 1

QUESTIONS	RÉPONSES
1. Avez-vous entendu parler des autres pavillons de la section ?	
2. Savez-vous quelles malades y vivent ?	
3. Connaissez-vous les différents pavillons de la section pour les avoir visités ? ou pour y avoir séjourné ?	
4. Aimeriez-vous rencontrer plus fréquemment (cinéma, club d'auditeurs de disques, par ex.) vos camarades des autres pavillons ?	
5. Est-ce que vous préférez rester à ce pavillon ou passer dans un autre ? Lequel ?	
6. Combien de fois par jour ou par semaine aimeriez-vous recevoir ou aller visiter les malades des autres pavillons pour des activités communes ?	

Questionnaire N° 2

Parmi les pensionnaires au pavillon			
	Je préférerais avoir	Je ne voudrais pas avoir	J'ai actuellement
1. comme compagne(s) à ma table pour les repas.			
2. comme compagne(s) pour participer à une occupation donnée.			
3. près de moi pour assister à une réunion du club d'auditeurs de disques.			
4. pour aller me promener dans la cour ou bavarder dans la salle de jour.			
5. pour aller en sortie à l'extérieur de l'hôpital.			

départ, de la sortie, devait être prise en considération, étant toujours présente dans les préoccupations des malades. Des indications sur l'articulation des rapports sociaux dans le service et au dehors pouvaient peut-être être recueillies, du moins en ce qui concerne la signification personnelle des rapports interindividuels établis au cours de la vie sociale du pavillon. La confrontation avec les connexions intrapavillonnaires simples pouvait fournir des remarques intéressantes, en apportant ici une note plus vraie de la réalité du monde extérieur.

Questionnaire N° 3

Quand je serai sortie de l'hôpital		
	J'aimerais	Je ne voudrais pas
1. rencontrer par hasard		
2. retrouver pour aller me promener ou aller au cinéma		
3. inviter chez moi ou être invitée chez elle ou chez elles		
4. avoir comme amie ou comme amies personnelle(s)		

Les questions servant de base à l'interview ont été groupées en huit rubriques différentes. En colloque singulier avec la psychologue, les malades étaient invitées à préciser certains aspects complémentaires des questions écrites et à situer leur attitude vis-à-vis des infirmières, de leur assistante sociale, de leur médecin.

Questions dirigeant l'entretien :

1. Vous plaisez-vous dans ce pavillon ?
Pourquoi ?
Qu'aimeriez-vous y voir changer pour qu'il soit mieux ?
2. Aimerez-vous aller dans un autre pavillon ?
Lequel ?
Pourquoi ?
3. Vous trouvez-vous plus à l'aise dans le pavillon avec l'équipe d'infirmières du matin ou celle de l'après-midi ?
Pourquoi ?

4. Quand vous avez un service personnel à demander, à quelle infirmière vous adressez-vous de préférence ?
5. Est-ce que vous aimez les réunions qui se tiennent au pavillon ?
Est-ce que vous vous sentez libre pour y participer ?
Pouvez-vous y traiter les sujets qui vous tiennent à cœur ?
De quoi aimeriez-vous qu'on y parle ?
Combien de réunions par semaine aimeriez-vous ?
6. Est-ce qu'il vous est agréable d'y avoir la présence des
infirmières ?
de la surveillante ?
des assistantes sociales ?
des médecins ?
7. Quel est le médecin qui s'occupe de vous ?
Estimez-vous qu'il vous voit assez souvent ?
Aimeriez-vous vous entretenir plus souvent avec lui ?
Pensez-vous qu'il comprend bien vos problèmes ?
8. Quelle est votre assistante sociale ?
Est-ce que vous pouvez la voir aussi souvent que vous le désirez ?
Pensez-vous qu'elle s'intéresse vraiment à vous et qu'elle s'occupe bien de vos affaires personnelles ?

c) *Le déroulement de l'expérience.* — La sécheresse des questions écrites était atténuée par des consignes verbales explicatives qui précédaient la distribution de chaque questionnaire. Pour le premier : « Je vais vous distribuer à chacune un questionnaire relatif à votre vie au neuvième pavillon où vous êtes toutes actuellement, ou à votre vie à l'hôpital de façon plus générale. Je vous demanderais de répondre à toutes les questions sans exception, de répondre très simplement et surtout très sincèrement. Certaines questions vous paraîtront peut-être un peu indiscretes. Soyez rassurées, aucune indiscretion ne sera commise ; toutes vos réponses seront soumises au secret médical le plus strict et ne pourront en aucun cas porter préjudice à l'une quelconque d'entre vous. D'ailleurs, si vous le préférez, vous pouvez ne pas inscrire votre nom sur les feuilles que je vais vous donner. Ces questions sont destinées uniquement à mieux connaître votre vie ici, et peut-être à essayer de la transformer sous certains aspects. C'est pourquoi je vous demande encore de répondre à toutes les questions très sincèrement. »

Le questionnaire est alors distribué à chacune. Tout le temps nécessaire est laissé pour que chacune puisse répondre tranquillement. Lorsque toutes ont terminé, le questionnaire est relevé et le deuxième distribué.

« Sur cette feuille, vous allez trouver une sorte de tableau.

Vous lisez en haut de la feuille " Parmi les pensionnaires au pavillon ", puis en-dessous, au-dessus des cases laissées en blanc, " Je préférerais avoir ; Je ne voudrais pas avoir ; J'ai actuellement ". Vous lisez encore, sur la gauche, en-dessous, " à ma table pour les repas ". Dans la case blanche, en face de cette question, en-dessous de " Je préférerais avoir "», vous allez écrire le nom de la ou des camarades que vous voudriez effectivement avoir à votre table pour les repas. Puis, sur la même ligne, en-dessous de " Je ne voudrais pas avoir ", vous écrirez le nom de la ou des camarades que vous ne voudriez pas avoir à votre table pour prendre vos repas. Enfin, toujours sur la même ligne, en-dessous de " J'ai actuellement ", vous inscrivez le nom des pensionnaires que vous avez effectivement à votre table pour les repas. Et vous faites ainsi pour les cinq questions de la feuille. Vous pouvez choisir 0, 1, 2, 3, 4 camarades, mais pas plus de 4. Je vous demande encore une fois de répondre à toutes les questions.

Le questionnaire était relevé quand toutes avaient terminé de le remplir.

Suivait alors la distribution du troisième questionnaire. La même consigne était reprise avec les modifications réclamées par les nouvelles questions.

c) *Dépouillement brut des réponses.* — Nous allons donner ici les réponses telles qu'elles ont été obtenues après un premier dépouillement. Nous en aborderons une étude plus détaillée dans la troisième partie de ce travail.

Premier questionnaire.

1. Avez-vous entendu parler des autres pavillons de la section ?

[La section comprend 5 pavillons dans lesquels les malades sont groupées selon la formule bien connue : admission (le 9°), agitées (le 6°), incontinentes (le 5°), malades âgées et tranquilles (le 8°), pavillon fonctionnant en « open door » (le 7°)].

— 17 réponses.

— 14 malades ont entendu parler des autres pavillons.

— 3 ont répondu négativement.

2. Savez-vous quelles malades y vivent ?

— 20 réponses.

— 5 ont répondu : non.

— aucune n'a donné de réponse complète.

— 1 réponse précise pour 3 pavillons.

— 1 réponse précise pour 1 pavillon.

- 11 réponses plus vagues : « malades nerveuses », « malades mentales ».

3. Connaissez-vous les différents pavillons de la section :

pour les avoir visités ?

pour y avoir séjourné ?

- 16 réponses.
- 7 malades disent avoir visité les autres pavillons.
- 9 ne pas les avoir visités (l'une d'elles avait fait un séjour dans un autre pavillon).
- 8 malades disent avoir séjourné dans d'autres pavillons.
- 9 répondent négativement.

4. Aimeriez-vous rencontrer plus fréquemment (cinéma, club d'auditeurs de disques...) vos camarades des autres pavillons ?

- 16 réponses.
- 3 répondent et donnent des précisions dans le sens d'une intensification des échanges.
- 7 répondent oui.
- 4 réponses indifférentes.
- 2 réponses négatives.

5. Est-ce que vous préférez rester à ce pavillon ou passer dans un autre ?

Lequel ?

- 16 réponses.
- 11 malades désirent rester dans ce pavillon, le 9°.
- 3 veulent changer pour aller au 7° où les portes sont ouvertes.
- 1 veut changer par curiosité.
- 1 veut « rentrer à la maison ».

6. Combien de fois par jour ou par semaine aimeriez-vous recevoir ou aller visiter vos camarades des autres pavillons pour des activités communes ?

- 15 réponses.
- 1 tous les après-midi.
- 2 une fois par jour.
- 2 deux ou trois fois par semaine.
- 2 deux fois par semaine.
- 4 une fois par semaine.
- 1 le plus souvent possible (?)
- 1 « c'est bien comme ça ».
- 1 « je ne sais pas ».
- 1 « ce n'est pas absolument nécessaire ».

Deuxième questionnaire. — Dans le tableau ci-après nous indiquons le nombre de choix et le nombre de rejets faits par chacune des mala-

des du groupe échantillon. Nous indiquons le nombre de choix et le nombre de rejets pour chacune des questions. Nous donnons ensuite le nombre de choix ou de rejets différents, c'est-à-dire le nombre de malades différentes ayant été choisies au moins une fois dans l'ensemble du questionnaire. En ce qui concerne les choix, nous donnons aussi les malades qui ont été le plus souvent choisies et le nombre de ces choix (Cf. tableau n° 1). Les malades du lot sont représentées par les lettres de A à T ; les lettres Xa, Xb... représentent les malades choisies en dehors de ce lot et dont il faudra cependant tenir compte pour le calcul de l'indice d'expansivité émotionnelle.

Troisième questionnaire. — Les résultats sont donnés dans le tableau n° 2 où ils sont groupés sous la même forme que pour le deuxième questionnaire.

Entretien. — Voici les résultats de l'interview tels qu'ils se présentent dans un premier dépouillement.

1. Vous plaisez-vous dans ce pavillon ?

- 5 réponses négatives expliquées par « je n'arrive pas à me faire ici », « je voudrais être chez moi », « je suis en prison ».
- 10 réponses affirmatives.
- 2 réponses affirmatives résignées : « on est bien obligé ».

Pourquoi ?

Raisons expliquant qu'elles

- ne se plaisent pas au pavillon :
 - 2 « c'est dû à la maladie ».
 - 3 « on est trop enfermé ».
 - 1 « on est trop les unes sur les autres ».
- se plaisent au pavillon :
 - 2 les malades sont moins agitées qu'au 7°.
 - 7 le pavillon est plus intime, plus familial, les infirmières ont davantage de temps.
 - 3 il y a des distractions, de la musique.
 - 2 confort matériel, chauffage, fauteuils, nourriture.
 - 1 « j'aime les malades qui y sont ».

Qu'aimeriez-vous y voir changer pour qu'il soit mieux ?

- 7 fois que les portes s'ouvrent.
- 5 fois confort amélioré, lumière, ordre, rideaux, télévision.
- 1 fois qu'il y ait plus de jeunes.

2 Aimeriez-vous aller dans un autre pavillon ?

- 4 oui.
- 11 non.

Lequel ?

- 3 le septième.
- 1 un service libre.

Pourquoi ?

Raisons légitimant un désir de changement :

- 1 pour aller en cure libre.
- 1 « ça me changerait peut-être aussi ».
- 1 « ce serait signe que je vais mieux ».
- « au 7^e il y a des machines à coudre, je pourrai travailler ».

Raisons expliquant le désir de rester au 9^e :

- 5 fois « j'ai l'habitude du 9^e ».
- 5 réponses invoquent le caractère spécial de l'ambiance plus familiale du 9^e.
- 2 réponses invoquent la difficulté d'adaptation au 7^e.

3. Vous trouvez-vous plus à l'aise, dans le pavillon, avec l'équipe d'infirmières du matin ou celle de l'après-midi ?

- 10 fois il n'y a pas de différence.
- 3 fois l'après-midi c'est pareil mais les infirmières ont davantage le temps de « cajoler » les malades.
- 2 fois « ça dépend de mon état personnel ».

4. Quand vous avez un service personnel à demander, à quelle infirmière vous adressez-vous de préférence ?

- 10 fois n'importe laquelle.
- 3 fois la surveillante (il vaut mieux s'adresser au bon Dieu qu'à ses saints).
- 1 fois à mon docteur.
- 1 fois à une infirmière nommément désignée.
- 2 fois « je me débrouille seule ».

5. Est-ce que vous aimez les réunions qui se tiennent au pavillon ?

- 5 fois beaucoup.
- 6 fois « c'est intéressant, ça ne me déplaît pas ».
- 2 fois oui mais avec restrictions (si j'avais la tête plus libre, au début c'est fatigant de rester assise aussi longtemps).
- 3 fois non.
- 1 fois « je n'y comprends rien ».

Est-ce que vous vous sentez libre pour y participer ?

- 10 fois non (timidité, peur de parler en public, je n'ose pas, j'ai peur des réflexions).
- 4 fois pas tellement.
- 3 fois oui.

Pouvez-vous y traiter les sujets qui vous tiennent à cœur ?

- 5 fois oui.

- 6 fois oui avec restrictions (les projets d'amélioration du pavillon ne peuvent pas se réaliser tout de suite, alors ça manque d'intérêt ; tous les sujets ne peuvent pas intéresser tout le monde ; je ne peux pas toujours participer ne sachant pas assez de choses ; quelques fois c'est artificiel).
- 3 fois non (car chacun donne son avis qui n'est pas toujours intéressant ; ce n'est pas possible en public).

De quoi aimeriez-vous qu'on y parle ?

- 2 fois organiser toute une rééducation des malades.
- 14 fois qu'on puisse se cultiver, s'instruire, de sujets littéraires, scientifiques, artistiques, dont 4 fois de musique.
- 1 fois de la vie de femme (cuisine, puériculture...).
- 3 fois de maladies mentales des hôpitaux psychiatriques des autres pays.
- 1 fois des jeux, des choses amusantes.
- 2 fois « je ne sais pas ».
- 1 fois « à des femmes déprimées comme on est toutes on ne peut pas demander grand-chose ».

Combien de réunion par semaine aimeriez-vous ?

- 2 tous les jours.
- 2 tous les deux jours.
- 3 deux fois par semaine.
- 1 une à deux fois par semaine.
- 4 comme c'est maintenant, 1 fois par semaine.
- 1 ça dépend du contenu.
- « qu'on ne me laisse pas seule ».
- « les contacts interpersonnels sont plus intéressants ».

6. Est-ce qu'il vous est agréable d'y avoir la présence des infirmières ?

- 6 fois oui sans autre explication.
- 7 fois oui expliqué (ça fait partie des soins ; elles peuvent mieux nous connaître ; ça les aide aussi).
- 2 fois oui et non.
- 2 fois non, il faudrait uniquement les malades.

celle de la surveillante ?

- surveillante et infirmières sont placées exactement sur le même plan.

celle des assistantes sociales ?

- 16 fois oui (elles doivent s'intéresser à tout ce qui touche les malades ; elles sont plus cultivées que nous et pourront donc nous apporter).
- 1 fois ce n'est pas nécessaire.

celle des médecins ?

- toutes les malades répondent oui mais motivent différemment leur affirmation.

- 5 fois évidemment puisque ce sont eux qui font ces réunions.
- 2 fois « ça fait partie des soins qu'ils nous donnent ».
- 1 fois « ça donne de l'importance aux réunions ».
- 1 fois « ils savent beaucoup de choses ».
- 1 fois « ça doit les embêter ».

7. Quel est le médecin qui s'occupe de vous ?

(Les malades sont divisées en 3 sous-secteurs, chacun correspondant à une équipe médico-sociale différente).

Toutes les malades connaissent le nom de leur médecin.

Estimez-vous qu'il vous voit assez souvent ?

- 9 fois oui.
- 5 fois « on ne le voit pas très souvent ».
- 1 fois non.
- 1 fois « il ne m'intéresse pas du tout ».
- 1 fois « il faut se sauver soi-même ».

Aimeriez-vous le voir plus fréquemment ?

- 8 fois oui.
- 7 fois « non, c'est suffisant ».
- 1 fois « de toute manière je ne peux pas lui parler ».

Pensez-vous qu'il comprend bien vos problèmes ?

- 9 oui.
- 1 fois « je crois mais je ne lui parle pas ».
- 7 doute (je ne suis pas sûre ; pas toujours...).

8. Quelle est votre assistante sociale ?

- 11 donnent le nom de leur assistante sociale.
- 5 ne se rappellent pas le nom mais la connaissent.
- 1 ne sait pas.

Pouvez-vous la voir aussi souvent que vous le désirez ?

- 6 fois oui.
- 7 fois les malades se plaignent de ne pas voir assez leur assistante sociale.
- 1 fois « elle est très occupée ».
- 1 fois « je ne sais pas ».

Est-ce que vous pensez qu'elle s'intéresse vraiment à vous et qu'elle s'occupe bien de vos affaires personnelles ?

- 7 réponses affirmatives.
- 2 supposent sans le savoir qu'il en est ainsi.
- 2 ne savent pas.
- 1 répond non.
- 1 répond « elle m'a toujours fait beaucoup de promesses sans les avoir jamais tenues ».

III. — ANALYSE ET SIGNIFICATION DES RÉSULTATS RECUEILLIS

A) *Remarques critiques.*

Dès la passation du premier questionnaire, certaines difficultés se sont fait jour. Difficultés liées à la fois à la disposition spatiale du pavillon et aux attitudes des malades. Le premier questionnaire distribué, l'ordre strict des questions qui devaient en principe être lues par la psychologue au fur et à mesure n'a pu être respecté : les réponses ont afflué beaucoup trop rapidement. La première question du deuxième protocole a fourni un renseignement direct sur le degré de personnalisation des rapports sociaux : la plupart des vingt malades ne se connaissaient pas par leur nom et devaient s'interpeller pour pouvoir inscrire leurs noms respectifs.

La formulation des questions exige de rester très près du concret afin de faciliter une compréhension rapide. Il est vrai que toutes explications pouvaient être données, mais le fait, par exemple, qu'il n'était pas clairement mentionné qu'il s'agissait des camarades d'hôpital que chacune d'elles aimerait un jour rencontrer par hasard après la sortie, a conduit l'une d'entre elles à s'exclamer : « Mais c'est un mari que je voudrais rencontrer par hasard » ; ce qui a joué comme réponse inductrice pour un certain nombre.

La participation des malades a été obtenue sans trop de réticences. Trois n'ont pas tenu à répondre aux questionnaires écrits : dans deux cas il s'agissait d'états dépressifs plus ou moins typiques, l'autre malade était une délirante dont le séjour dans le service remontait à dix jours. Le premier mouvement d'ensemble a été la surprise, l'étonnement devant les questions. Deux ou trois prétextaient de leurs occupations habituelles pour ne pas rester dans la salle ; les trois malades mentionnées qui ne tenaient pas à répondre ont demandé cependant à rester jusqu'à la fin de l'expérience, malgré la possibilité de sortir qui leur était offerte. Vis-à-vis du contenu des questions, une ou deux en soulignaient l'indiscrétion, alors qu'une autre les rassurait de son propre chef en démontrant au contraire le grand intérêt que cela signifiait pour la vie des malades et pour leur mode d'existence dans le service. Au cours de l'entretien du lendemain, par contre, aucune n'a manifesté ni étonnement, ni réticence, et de larges réponses à toutes les questions posées ont pu être obtenues.

B) *Analyse des réponses.*

a) Des réponses du premier questionnaire se dégagent les remarques suivantes :

La connaissance de l'ensemble du service par les malades du pavillon d'admission est très sommaire. Aucune des vingt malades ne sait exactement le nombre des pavillons et le type de malades qui y vivent. Intérêt pour le service, en tant qu'instrument hospitalier et partant anonyme, peu important. Il faut cependant noter qu'il fonctionne à ce pavillon un groupe d'accueil, composé par les malades déjà « anciennes » de ce pavillon, et une réunion d'accueil avec tous les médecins une fois par semaine.

Le désir de changement de pavillon est peu manifeste : trois malades seulement (sur seize) désirent aller dans le pavillon fonctionnant en « open-door ». L'ambiance « nursing » et familiale du pavillon d'admission plaît en effet beaucoup aux malades.

La plupart des malades (12 sur 16) tiennent à un rapprochement plus fréquent entre elles ; ce qui concorde avec les opinions fréquemment émises dans les réunions témoignant d'un désir d'intensification des échanges interindividuels.

b) La quantité et la qualité des réponses du deuxième questionnaire permettent de constater le nombre relativement important de choix et le nombre très faible des rejets, puisque seules six malades précisent nommément leurs rejets (cf. tableau n° 1). Dans les choix, on trouve chez plusieurs d'entre elles le désir de nommer tout le monde ; vague élan de charitable accueil, mais aussi désir réel d'une participation plus pleine. Sauf un cas de réponses stéréotypées, on note une diminution du nombre des choix au fur et à mesure que la proximité sociale envisagée dans la question devient plus courte. Ce dépouillement nous servira pour la délimitation de la distance sociale et aussi pour le calcul des indices individuels caractérisant les rapports sociaux.

c) Le troisième questionnaire donne des réponses plus restreintes et plus choisies (cf. tableau n° 2). A un apprentissage progressif au cours même de l'expérience, se joint une discrimination plus accusée en fonction même des indications sollicitées. La comparaison avec les réponses ayant pour sujet la vie pavillonnaire stricte aidera à préciser la distance sociale individuelle et le seuil de tolérance à autrui.

TABLEAU N° 1. — Réponses au questionnaire n° 2

C H O I X										R E J E T S										Nombre de rejets différents	
Nombre de malades choisis par question										Nombre de malades rejetés par question											
	1	2	3	4	5	Nombre de personnes différentes choisies	Nombre de choix recueillis par chacune des malades										1	2	3		4
A	1	ttes	5	6	ttes	8	C (2) - H (2) - J (2) - B (2) - M (2) - D (1) - Xn (1) - Xu (1)														
B	?	3	2	?	3	5	E (3) - A (2) - L (1) - P (1) - D (1)														
C	4	3	2	mari	mari	6	I (2) - X (2) - B (2) - A (1) - H (1) - M (1)														
D	1	?	1	1	?	2	A (2) - B (1)														
E	0	1	1	1	1	4	B (4)														
F	4	5	ttes	ttes	ttes	8	E (2) - D (1) - K (1) - A (1) - H (1) - G (1) - I (1) - Xa (1)								1			1			
G	4	4	3	3	2	9	A (4) - F (2) - H (2) Xb (2) - Xc (2) - Xd (1) - Xe (1) J (1) - Xf (1)								2		1	?			
H	—	1	—	3	4	6	A (3) - C (1) - E (1) - K (1) - L (1) - Xg (1)								?	?	?	2			
I	5	ttes	ttes	ttes	seule	5	Xh (1) - Ki (1) - Xj (1) - O (1) - Xk (1)								2	1	1	2			
J	—	—	—	—	—	—															
K	4	3	4	3	3	8	A (5) - F (4) - B (2) - Xi (2) - I (1) - N (1) - Xl (1) - Xm (1)								2	2	2	8			
L	2	2	0	2	2	4	F (4) - C (2) - H (2) - D (1)														
M	6	4	ttes	3	seule	7	A (3) - C (3) - J (2) - G (2) - Xn (1) - F (1) - Xo (1)								1			1			
N	—	—	—	—	—	—															
O	3	1	—	1	4	5	Xa (1) - Xp (1) - Xq (1) - Xr (1) - A (2)														
P	5	5	5	5	5	5	B (5) - A (5) - E (5) - D (5) - C (5)														
Q	?	1	?	?	?	1	A (1)														
R	—	—	—	—	—	—															
S	1	—	1	—	—	2	Xs (1) - Xt (1)														
T	—	—	—	—	—	—															

TABLEAU N° 2. — Réponses au questionnaire n° 3

C H O I X										R E J E T S				
Malades	Nombre de malades choisies par question				Nombre de personnes différentes choisies	Nombre de choix recueillis par chaque malade	Nombre de personnes rejetées par question				Nombre de malades différentes rejetées			
	1	2	3	4			1	2	3	4				
A	0	2	7	2	7	B (3) - C (3) - M (1) - J (1) - H (1) - X (1) - X (1)								
B	tes	4	1	0	4	A (1) - E (2) - D (1) - X (1)								
C	mari	mari	1	mari	1	A (1) mari								
D	tes			2	2	A (1) - B (1)								
E	0	1	1	1	1	B (3)								
F	0	4	4	5	7	A (2) - D (2) - X (3) - X (3) - Xc (1) - Xd (1) - Xe (1)								
G	4	4	4	2	5	A (4) - F (3) - M (3) - J (3) - Xf (1)								
H	mari					mari								
I	tes	mari	2	0	2	Xi (1) - Xj (1) mari				3	3	3	3	3
J														
K	mari	1	2	3	4	Mari A (3) - B (1) - F (1) Xk (1)					1			1
L	1	0	0	0	1	C (1)								
M	mari	mari	mari	mari		Mari								
N		mari				Mari								
O	mari		2	5	7	Xi (1) - Xm (1) - Xn (1) mari Xo (1) - Xp (1) - Xq (1) - Xr (1)								
P	1	1	1	1	1	B (4)								
Q	1	1	?	?	1	A (2)								
R														
S		1		1	1	A (2)								
T														

d) Les réponses recueillies au cours de l'interview convergent dans le même sens que celles des questionnaires. Le pavillon est en général bien accepté, bien que se manifeste le ferme désir de rentrer chez soi. La perspective d'être véhiculée dans les divers secteurs de cet univers psychiatrique n'enchanté pas les malades qui préfèrent demeurer au pavillon de l'admission, certaines allant jusqu'à penser que l'atmosphère plus vivante (et plus bruyante aussi) du quartier « open-door » correspond à un degré « d'agitation » (horreur) plus intense. L'ambiance « familiale », « homely », de la salle de jour du pavillon considéré est souvent soulignée et des améliorations matérielles et ambiantales recommandées, ce qui montre un certain attachement « à leur service » et aussi l'éclosion de liens de solidarité vis-à-vis des futures pensionnaires. Les relations avec le personnel, l'assistante sociale, les médecins sont sollicitées en plus grand nombre et toujours de meilleure qualité : contenu affectif plus riche et personnalisation des rapports.

e) La comparaison des diverses réponses données par la même malade montre une convergence, sinon une coïncidence exacte entre elles. Le même désir apparaît dans les diverses situations et les réponses sont plus élaborées et plus réfléchies qu'on ne pouvait le penser au premier abord.

C) *Signification psycho-sociale des réponses.*

Nous essaierons de préciser ici la distance sociale, les indices individuels objectivant le seuil de tolérance à autrui (indice d'acceptation sociale, indice de réceptivité sociale, indice d'expansivité émotionnelle et statut social) ; enfin, l'indice d'ajustement social, critère de la qualité et de l'intensité des relations interindividuelles.

a) *La distance sociale* vise à mettre en évidence qualitativement certaines attitudes d'accueil entre les malades d'origine sociale et de structure psychopathologique différentes qui se trouvent réunies dans le « pavillon-sujet ». L'attitude doit être considérée, d'après Maucorps (1), « comme une résultante complexe et dynamique de facteurs émotifs, perceptifs, cognitifs et de motivations qui viennent s'intégrer dans le champ psychologique individuel ». C'est un « état fonctionnel d'alerte », suivant la définition de G. W. Allport. Il est important de préciser

(1) MAUCORPS. — *Psychologie des mouvements sociaux*, P.U.F., Que sais-je ?, n° 425.

que, pour nous, la mise en évidence de la distance sociale, ou le calcul des indices individuels indiqués plus haut, ne correspond pas à la mesure complète d'une attitude sociale. Il faudrait pour cela faire converger des méthodes d'approche diverses, tenant compte de la totalité complexe (avant l'internement et pendant le séjour hospitalier) de chaque malade. La délimitation configurationnelle de la distance sociale conserve cependant un intérêt réel tant comme fragment du visage psycho-social intrapavillonnaire que comme élément complémentaire de la connaissance psychopathologique des malades.

Pour vérifier la valeur du concept de distance sociale, nous allons essayer de voir comment le pourcentage de choix diminue au fur et à mesure que la question posée sollicite un rapprochement social plus court. Pour cela, nous utiliserons seulement les réponses aux questionnaires 2 et 3 (9 questions), qui permettront de plus d'avoir une idée panoramique sur les différences entre « au pavillon » et « après la sortie », les indications recueillies dans les deux autres situations venant corroborer ou infirmer ces résultats.

Le tableau n° 3 donne le nombre de choix par question (questionnaires 2 et 3) effectué par chacun des sujets. De ce tableau, nous allons examiner quelques exemples permettant de suivre le raccourcissement de cette distance sociale.

Le diagramme de la malade G nous montre, pour l'ensemble des neuf questions, les résultats suivants : 4, 4, 3, 3, 2 et 4, 4, 4, 2. Les questions n° 5 et n° 9 (choix des compagnes pour aller en sortie à l'extérieur de l'hôpital et comme amies personnelles) montrent une limitation nette du nombre des choix en fonction même de la qualité des rapports interindividuels mis en jeu dans ces situations. La malade P donne un diagramme très stéréotypé (toujours les mêmes choix), mais avec une différence éclatante dans les deux situations : 5, 5, 5, 5, 5 et 1, 1, 1, 1. La malade B : ?, 3, 2, ?, 3 et ∞ , 4, 1, 0, n'émet aucun choix pour la discrimination la plus intime (désignation d'amies personnelles éventuelles). La malade M donne pour le questionnaire n° 2 : 6, 4, ∞ , 3, 0 (la sortie en ville n'est acceptée avec aucune compagne de l'hôpital), et, pour le questionnaire n° 3, le mari (la sociabilité extrapavillonnaire est polarisée par le mari réel qui exclut tous les autres choix). Le même phénomène se rencontre chez la malade C qui désigne pour la vie pavillonnaire : 4, 3, 2, mari, mari, et pour les relations sociales après la sortie : mari, mari, 1, mari ; ici, le mari souhaité (il s'agit d'une fille-mère) domine

TABLEAU N° 3. — Nombre de malades choisies pour chaque question de la notion de distance sociale servant à la vérification

MALADES	QUESTIONNAIRE N° 2					QUESTIONNAIRE N° 3			
	Nombre de choix effectués par question					Nombre de choix effectués par question			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4
A	1	ttes	5	6	ttes	0	2	7	2
B	?	3	2	?	3	ttes	4	1	0
C	4	3	2	mari	mari	mari	mari	1	mari
D	1	?	1	1	?	ttes	—	—	2
E	0	1	1	1	1	0	1	1	1
F	4	5	0	ttes	ttes	0	4	4	5
G	4	4	3	3	2	4	4	4	2
H	X	1	X	3	4	mari	—	—	—
I	5	ttes	ttes	ttes	0	ttes	mari	2	—
J	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K	4	3	4	3	3	mari	1	2	3
L	2	2	0	2	2	1	0	0	0
M	6	4	ttes	3	0	mari	mari	mari	mari
N	—	—	—	—	—	—	mari	—	—
O	3	1	X	1	4	mari	—	2	5
P	5	5	5	5	5	1	1	1	1
Q	?	1	?	?	?	1	1	?	?
R	—	—	—	—	—	—	—	—	—
S	1	—	1	—	—	—	1	—	1
T	—	—	—	—	—	—	—	—	—

— = pas de réponse.

? = je ne sais pas.

X = n'importe qui.

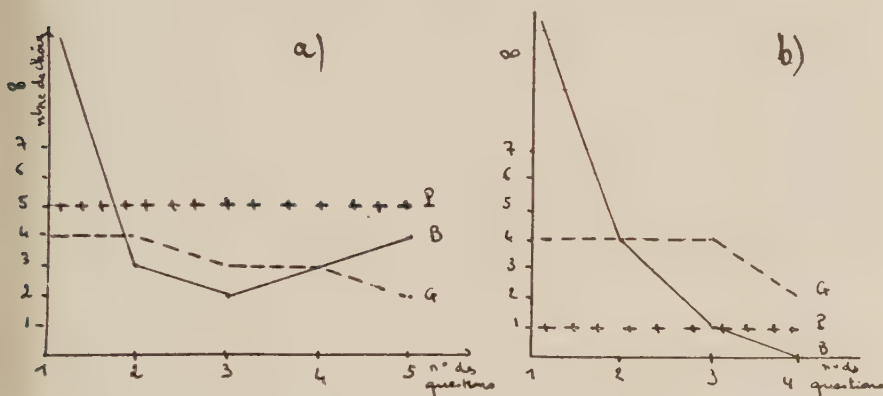
O = personne.

tous les rapports extra-pavillonnaires, mais n'exclut pas les liens d'amitié déjà contractés avec une camarade d'hôpital.

Nous avons essayé de représenter sur la courbe ci-après l'évolution de la distance sociale pour les malades G, B, P dans les deux situations : a) dans le cadre du pavillon ; b) après la sortie.

b) *Les indices sociométriques individuels* fournissent des indications sur chaque sujet du lot-échantillon et précisent sa position par rapport aux autres malades du pavillon et du service. Ils représentent la trame psycho-sociale des rapports interindividuels.

Evolution de la distance sociale



a) dans le cadre de l'hôpital ; b) après la sortie.

L'indice d'acceptation psycho-sociale est présenté par le total des choix reçus par chaque individu pour l'ensemble des questions. L'indice de réceptivité psycho-sociale est donné, pour chaque malade, par le nombre de sujets différents qui l'ont choisie (soit une, soit plusieurs fois). L'indice d'expansivité émotionnelle est indiqué par le nombre, le signe et l'intensité des désignations faites par chaque malade.

Pour valoriser ces résultats en fonction d'un groupe précis — ce qui n'est pas le cas ici —, il faudrait rapporter ces chiffres à la moyenne générale du groupe.

En prenant en considération le nombre de choix recueillis par chaque malade (indice de réceptivité sociale) et le nombre de rejets dont il est l'objet, on peut obtenir, par la somme algébrique des deux, le *statut social individuel* (cf. tableau n° 4).

TABLEAU N° 4. — *Nombre de choix et de rejets recueillis par chaque malade servant à établir le statut social individuel dans les situations n° 2 et n° 3*

MALADES	QUESTIONNAIRE N° 2			QUESTIONNAIRE N° 3		
	Choix	Rejets	Statut social	Choix	Rejets	Statut social
A	11	0	+ 11	8	0	+ 8
B	6	0	+ 6	8	0	+ 8
C	5	0	+ 5	2	0	+ 2
D	5	0	+ 5	2	0	+ 2
E	4	0	+ 4	1	0	+ 1
F	4	1	+ 3	2	0	+ 2
G	3	1	+ 2	0	0	0
H	3	1	+ 2	1	0	+ 1
I	3	1	+ 2	0	1	- 1
J	3	1	+ 2	2	0	+ 2
K	2	0	+ 2	0	0	0
L	2	0	+ 2	0	0	0
M	3	1	+ 2	1	0	+ 1
N	1	0	+ 1	0	0	0
O	1	0	+ 1	0	0	0
P	1	1	0	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0
R	0	0	0	0	0	0
S	0	1	- 1	0	0	0
T	0	1	- 1	0	0	0

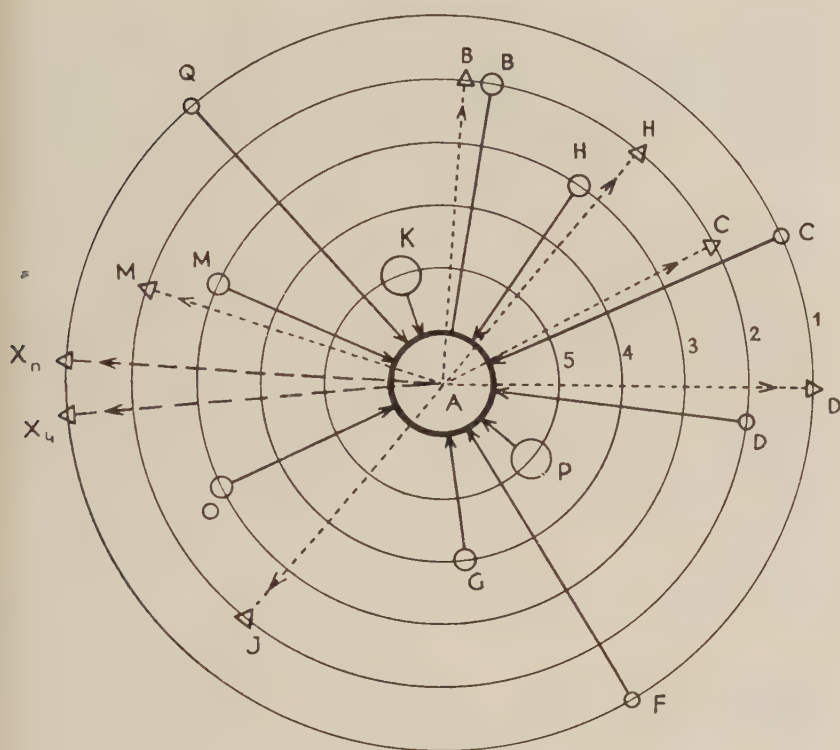
TABLEAU N° 5. — *Indices sociométriques individuels*

MALADES	QUESTIONNAIRE N° 2				QUESTIONNAIRE N° 3			
	Acceptation sociale	Réceptivité sociale	Expansivité émotion-nelle	Statut social	Acceptation sociale	Réceptivité sociale	Expansivité émotion-nelle	Statut social
A	29	11	8	+ 11	16	8	7	+ 8
B	16	6	5	+ 6	12	8	4	+ 8
C	13	5	6	+ 5	4	2	1	+ 2
D	9	5	2	+ 5	3	2	2	+ 2
E	11	4	4	+ 4	2	1	1	+ 1
F	11	4	8	+ 3	4	2	7	+ 2
G	3	3	9	+ 2	0	0	5	0
H	6	3	6	+ 2	1	1	0	+ 1
I	4	3	5	+ 2	0	0	2	- 1
J	5	3	0	+ 2	4	2	0	+ 2
K	2	2	8	+ 2	0	0	4	0
L	2	2	4	+ 2	0	0	1	0
M	5	3	7	+ 2	4	1	0	+ 1
N	1	1	0	+ 1	0	0	0	0
O	1	1	5	+ 1	0	0	7	0
P	1	1	5	0	0	0	1	0
Q	0	0	1	0	0	0	1	0
R	0	0	0	0	0	0	0	0
S	0	0	2	- 1	0	0	1	0
T	1	0	0	- 1	0	0	0	0

Dans le tableau 5, nous donnons les scores de tous ces indices sociométriques individuels dans les deux situations correspondant aux questionnaires n° 2 et n° 3.

c) *L'indice d'ajustement social* résume la position et l'importance de chaque malade par rapport au groupe considéré. Il est représenté par la combinaison du statut social et de l'indice d'expansivité émotionnelle, rendant ainsi compte de façon simultanée de la convergence des désignations relatives à un même individu et du réseau divergent qui émane de lui. Il nous donnera aussi des indications sur le niveau des relations interpersonnelles et sur la situation occupée par les différentes malades du groupe échantillon dans ces rapports sociaux. Nous ne reprendrons pas les chiffres déjà donnés dans les tableaux précédents, nous contentant, à titre d'exemple, d'objectiver spatialement l'indice d'ajustement social d'une malade.

Dans la représentation spatiale de l'indice d'ajustement social du sujet A, on trouvera au centre le cercle A et des cercles concentriques gradués de 5 à 1 de l'intérieur vers l'extérieur ; sur ces cercles, des satellites circulaires et triangulaires qui représentent, suivant leur position sur ces cercles, le nombre de choix pour tous les critères préférentiels du questionnaire n° 2. On pourra aussi y trouver l'indice d'expansivité émotionnelle (nombre de satellites triangulaires), l'indice de réceptivité sociale (nombre de satellites circulaires), l'indice d'acceptation sociale (nombre de satellites circulaires affectés chacun d'un score égal au numéro du cercle sur lequel ils sont placés), le statut social (ici égal à l'indice de réceptivité sociale). Ce diagramme de configuration des indices individuels permet d'étudier les variations de l'indice d'ajustement social. Essayons de préciser le contenu de cet indice d'ajustement social pour le sujet A. Le diagramme nous montre que les sujets K, P, G, O, qui ont choisi le plus grand nombre de fois le sujet A, ne figurent pas dans l'indice d'expansivité émotionnelle ; on pourrait caractériser les comportements de ces sujets vis-à-vis de A par des rapports de collaboration, mais surtout d'admiration, où il y a une ferme manifestation d'un désir de participation, sans écho explicite de la part du sujet A. Les sujets H, M, D ont un vecteur convergent vers A plus court que le vecteur divergent émanant de A ; il y a donc rapport de participation réciproque avec léger déséquilibre possible d'échange en faveur de A. Pour le sujet C, le rapport serait inverse. Le rapport vectoriel du sujet B objectiverait le mode relationnel idéal. Nous avons ici une représentation quantitative plus que qualita-



- vecteur de réceptivité sociale
- - - - - vecteur d'expansivité émotionnelle (sujet du groupe échantillon)
- - - - - vecteur d'expansivité émotionnelle (en dehors du groupe échantillon)
- sujet ayant choisi A
- Δ sujet choisi par A

Représentation spatiale de l'indice d'ajustement social de la malade A

(situation correspondant au questionnaire n° 2)

tive, mais la confrontation avec les résultats déjà rapportés nous permet d'établir des coïncidences avec la notion de distance sociale elle-même.

D) Incidences psycho-pathologiques.

Très sommairement, nous voudrions ici intégrer les indications psycho-sociales recueillies dans les structures psycho-pathologiques individuelles. Il s'agira d'une simple confrontation qui mettra en évidence les convergences et les divergences et nullement d'une véritable explication des interactions réciproques.

La malade A présente des épisodes d'allure dissociative, d'évolution intermittente. Le diagnostic de schizophrénie a pu même être évoqué. La personnalité est profondément troublée avec incomplétude affective et désir d'épanchement manifeste d'amour. Certaines phases hypersyntones permettent des rapports sociaux particulièrement riches. Ces aspects apparaissent dans sa distance sociale vis-à-vis des autres et mieux encore dans son indice d'expansivité émotionnelle, où elle désigne souvent toutes les malades et réproouve ouvertement la possibilité d'envisager que des malades puissent être rejetées. Statut social +11, indice de réceptivité sociale +11, indice d'acceptation sociale +29, c'est le leader incontesté du groupe-échantillon ; elle polarise et anime d'ailleurs la majeure partie des rapports sociaux du pavillon.

Un groupe de malades, où dominant les composantes dépressives D, J, N, Q, T, présentent certains caractères communs : D, psychose périodique à riche personnalité, statut social +5, indice d'expansivité émotionnelle +2 ; J, état dépressif atypique récidivant, statut social +2, indice d'expansivité émotionnelle nul ; N, mélancolique, statut social +1, expansivité émotionnelle nulle ; Q, schizophrénie simple à forme dépressive, statut social 0, indice d'expansivité émotionnelle +1 ; T, syndrome dépressif atypique, indice d'expansivité émotionnelle nul, statut social -1 (non seulement elle n'est pas acceptée, mais elle est rejetée une fois). Ainsi, dans ces états dépressifs, on trouve une acceptation sociale basse, fonction de la richesse de la personnalité, et surtout un indice d'expansivité émotionnelle très bas ou nul.

Les malades G, H, I, L présentent des syndromes schizophréniques de forme paranoïde à sociabilité moyenne. Leur statut social commun est de +2, alors que leur indice respectif d'expansivité est de +9, +6, +5, +4.

Un autre groupe formé par les malades B, C, E peut être considéré comme ayant un statut social stable. Il est respectivement de +6, +5, +4 et l'indice d'expansivité émotionnelle +5, +6, +4. Cette sociabilité correspond à une expression person-

nelle riche et à un contact fécond avec les autres. Sur le plan psychopathologique, il s'agit respectivement d'un état confusionnel présénile amélioré, d'un syndrome dissociatif évoluant depuis cinq ans, stabilisé à un bon niveau social permettant le travail extérieur intermittent, et d'une psychose hallucinatoire évoluant depuis trois ans, en voie d'amélioration.

Nous groupons ensemble les malades F, K, O, M, P, qui présentent un statut social bas et un indice d'expansivité émotionnelle élevé. On a respectivement +3, +2, +2, +1, 0 et +8, +8, +7, +5, +5. Leurs relations interpersonnelles apparaissent ouvertes vers les autres pour participer ou collaborer, mais sans être pour autant bien acceptées ; déséquilibre des vecteurs sociaux, faisant écho à une importante dysharmonie individuelle. Il s'agit respectivement de psychose cyclique sur personnalité névrotique, comitialité, débilité dysharmonique, psychose cyclique, névrose de conversion à manifestations auto-agressives et dépréciation sociale.

Les malades R et S à statut social 0 et -1 et à indice d'expansivité émotionnelle 0 et +2, correspondent à un délire interprétatif de situation (a refusé de participer à l'expérience) et à un état prédéméntiel ethylique.

Dans l'ensemble, le statut social, la qualité des réponses, le degré de proximité sociale toléré (distance sociale) paraissent aller en diminuant, corrélativement avec la richesse de la personnalité, plus qu'en fonction des structures psycho-pathologiques. Indications qu'il faudra étayer par l'exploration d'un groupe plus largement représentatif, qui donnerait une signification plus authentique aux résultats obtenus.

E) Incidences pratiques et méthodologiques.

De ce travail préliminaire d'analyse psycho-sociale du milieu pavillonnaire, nous voudrions dégager quelques conséquences sur l'organisation de la vie sociale, les vecteurs de personnalisation des rapports sociaux et les méthodes d'étude de ce milieu, ensemble de questions qui gravitent autour du problème majeur des relations interpersonnelles.

Si, dans un service de psychiatrie active, le séjour doit être limité à une période de temps minime, ce séjour doit être en lui-même favorable à l'éclosion de rapports humains de haute qualité, base indispensable du remaniement futur de la personnalité morbide. Ces rapports interindividuels ne peuvent pas s'instaurer en fonction d'idées conçues *ex-nihilo* ou intuitivement écloses dans l'arsenal théorique des préposés à la sociothérapie. Si

l'organisation de la vie collective doit rester proche de la vie collective normale, les activités entreprises doivent encore, par les liens de cohésion concrets qui conditionnent les rapports sociaux, contribuer à une accélération de la guérison, sinon à la guérison elle-même.

Une telle perspective exige qu'on tienne compte des facteurs de cohésion et de dispersion des groupes sociaux à l'hôpital psychiatrique : désir et attente de la sortie par les malades, désir et espoir du personnel soignant que cette sortie soit proche et se fasse dans de bonnes conditions. Facteurs de cohésion « d'ordre moral », qui viennent rejoindre d'autres facteurs : les activités de travail à efficacité thérapeutique, les activités socio-culturelles, tous source d'acquisition de moyens de médiatisation sociale et voies d'accès vers des formes de vie sociale de complexité et richesse croissantes. La trame de ces échanges sociaux est réalisée, en définitive, par les relations interpersonnelles qu'il faut essayer de saisir par l'intermédiaire d'une série d'approches psycho-sociales convergentes. L'une d'elles rapportée ici en situation expérimentale doit rejoindre les autres méthodes de la psychologie de la vie sociale, afin de rendre complète l'analyse du milieu psychiatrique et permettre à la fois sa connaissance et son organisation nécessaire en vue d'accroître sa potentialité thérapeutique.

L'analyse des réponses citées plus haut permet de penser que les malades, malgré leur connaissance incomplète de « leur service », considèrent l'appareil hospitalier comme quelque chose de vivant, qu'elles peuvent contribuer à modifier et à orienter vers une densification des aspects les plus favorables à l'épanouissement individuel. Ces préoccupations reviennent dans les réponses aux questionnaires, rejoignent les idées émises dans les réunions et les doléances recueillies au cours des examens cliniques. L'intérêt des malades pour une intensification des rapports sociaux à l'hôpital psychiatrique exigerait, pour rester fidèle à leurs désirs, que les échanges individuels soient respectés. Une ouverture s'accroît même vers un appel à des échanges plus fréquents avec les infirmières, les assistantes sociales, les médecins. Le passage d'une sociabilité passive à une sociabilité active ne pourra donc se faire qu'à travers une densification des relations interpersonnelles dans une structure psycho-sociale de type démocratique, au sens de K. Lewin (1).

(1) A. FERNANDEZ, M. HAZERA, M. LEBRETON. — Travail cité. *Annales médico-psychologiques*, fév. 1958.

Cette densification des rapports sociaux devra rejoindre en même temps une personnalisation de ces rapports. Le malade en tant que tel, dans son individualité psychologique et sociale, doit pouvoir conserver toute son intégrité vis-à-vis du personnel soignant comme à l'égard de ses camarades. Des remarques critiques faites plus haut, nous rappelons la nécessité pour les malades de se connaître entre elles par leurs nom et prénoms. La conquête du nom est une étape verbale peut-être, mais qui dénote déjà une meilleure qualité des rapports interindividuels. Les malades le sentent bien, qui réclament des contacts plus confiants entre elles, basés sur leur connaissance réciproque. Nous voyons là le rôle important de la rencontre d'accueil où les malades font connaissance avec leurs médecins, mais aussi commencent à dessiner leur propre configuration sociale. Pourquoi laisser dans l'ombre le vêtement social que les malades apportent dans le service ? Pourquoi ne pourrait-on pas l'utiliser dès que cela devient possible dans les prolongements psycho-sociaux de la vie pavillonnaire ?

Les relations interpersonnelles au sein de la vie sociale prennent une signification plus aiguë à l'hôpital psychiatrique. Les graphiques figurant les atomes sociaux et les indices d'ajustement social nous montrent combien ces rapports sont parfois mal équilibrés et dysharmoniques, et combien ils traduisent un appel vers autrui, explicitement désigné plusieurs fois, afin de mieux assumer sa propre ligne de personnalisation. Des divers types de relations interpersonnelles qui se dégagent de l'examen combiné des indices sociométriques individuels constatés, ressort l'importance de ces rapports, de leur accroissement, de leur personnalisation onomastique.

La signification finale de la valeur des rapports interindividuels à l'hôpital psychiatrique ne pourra être précisée qu'après une analyse fouillée du milieu hospitalier. Une approche en situation expérimentale de ce genre, si elle peut paraître nécessaire, n'est pas pour autant suffisante. Une biographie sociale descriptive de la vie pavillonnaire, une étude de la configuration sociale, des formes de sociabilité active, de même qu'une recherche des formes « spontanées » de sociabilité passive et une confrontation avec les aspects sociaux des histoires cliniques, sont pour le moins indispensables. Seulement, alors, pourrions-nous connaître cet « entourage immédiat du malade » et œuvrer concomitamment à son élaboration constructive.

CONCLUSION

Une approche psycho-sociale, d'inspiration expérimentale, cherchant à délimiter la notion de distance sociale et à déterminer les indices sociométriques individuels, nous a semblé intéressante pour une meilleure connaissance des rapports interpersonnels qui se constituent dans le milieu hospitalier. Les résultats ici rapportés et commentés ne se veulent pas définitifs, ils représentent une des composantes de la sociabilité globale, ils reflètent une situation de recherche délibérément choisie. La convergence d'autres résultats, obtenus par d'autres méthodes, sera nécessaire pour compléter l'étude psycho-sociale de ce milieu psychiatrique.

Telle quelle, cette première approche, outre la mise en place des prémisses techniques et méthodologiques, nous a permis de mettre en relief quelques aspects des échanges interindividuels. Le coefficient individuel de tolérance à autrui serait important à préciser chaque fois que l'on veut, par exemple, mettre ensemble des malades en vue d'une participation sociale active. Les indices individuels dessinent déjà la configuration des sous-groupes, les mouvements des groupes, et permettent d'entrevoir l'utilisation thérapeutique des rapports sociaux dans un cadre spatial donné, en tenant compte de la gravitation affective et de la caractérisation individuelle de chacun des participants. L'intérêt psychothérapique final d'une telle orientation du milieu psychiatrique en est la conséquence évidente.

*(Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale,
54, avenue de la République, Villejuif, Seine)*

REPERCUSSIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES DES CONFLITS POLITIQUES D'ALGERIE OBSERVEES, DANS LA METROPOLE, CHEZ DES MUSULMANS ALGERIENS

PAR

L. VALLADE (Aix-en-Provence)

Un mémoire, publié dans le numéro de novembre 1956 de cette Revue, de M. M. Porot, nous a donné un aperçu de quelques « retentissements psychopathologiques des événements d'Algérie » observés parmi la population du territoire algérien. Mais, à partir de 1956, ces événements ont débordé ce cadre géographique primitif, pour engendrer du côté métropolitain, pour les Musulmans d'Algérie qui y résident, des conditions de vie dramatiques. Il nous a donc paru intéressant de procéder à une étude parallèle à celle de M. Porot, dans un secteur métropolitain, celui de l'arrondissement d'Aix-en-Provence, malgré le faible effectif, réduit à quelques milliers d'individus, représenté par cette population transplantée.

Laissons, en toute objectivité, d'abord parler les faits cliniques :

1° *Observations recueillies en 1956*

OBSERVATION I. — B... T..., ouvrier d'usine, né le 25 décembre 1912, est placé à l'Hôpital Psychiatrique le 28 janvier 1956. Il se trouvait dans un hôpital depuis une semaine en raison de ses vellétés de suicide. Auparavant, il avait séjourné dans un autre hôpital qu'il avait quitté parce qu'on aurait cherché à le tuer et à lui prendre son argent, d'où plaintes au Commissaire de police.

A l'entrée, on constate un syndrome délirant hallucinatoire et interprétatif de persécution avec phases d'inquiétude et de subanxiété. Il

se plaint d'avoir été victime de tentatives d'empoisonnement et de menaces de mort de la part de ses cousins. Un fonds de débilité mentale et des stigmates faciaux dégénératifs sont à retenir.

Les premiers jours de l'internement, il est rassuré et ne craint plus d'être l'objet de tentatives d'empoisonnement mais ses réactions dépressives vont nécessiter 10 séances d'électrochoc.

Au mois d'avril, soit quatre mois après le début de ses troubles, son état permettait d'envisager une sortie, mais il ne veut pas rester en France ; les formalités de son rapatriement en Algérie vont durer jusqu'au 4 juin 1956.

OBSERVATION II. — B... M..., manœuvre, âgé de 38 ans, est admis à l'Hôpital Psychiatrique le 7 juin 1956, après avoir séjourné deux jours dans un service de chirurgie, où « ses idées délirantes interprétatives de persécution » se sont accompagnées d'anxiété et de bris d'objets.

A son entrée, son comportement est tout à fait calme (durée des troubles : 48 heures). D'après ses déclarations, ses camarades le prenaient pour un trop grand ami des Français et avaient l'intention de l'égorger. A la quinzaine, il met en avant des douleurs d'estomac pour justifier son hospitalisation dans le service de chirurgie.

Sorti le 9 août 1956 pour aller résider avec son frère, en Savoie.

Un diagnostic de bouffée délirante polymorphe meuble le certificat de 24 heures.

OBSERVATION III. — B... M..., sableur, 48 ans, est interné le 10 août 1956. Une première bagarre avec des compatriotes, dont on ignore le motif, est signalée à la date du 23 juillet. Dans la soirée du 4 août, il est agressé par deux camarades qui lui prennent son portefeuille. Il est hospitalisé, le lendemain, dans un service de médecine pour blessures du thorax et de la face, et 48 heures plus tard, nous dit le certificat du médecin traitant, il va présenter « un syndrome délirant avec idées de persécution, bris d'objets et tendance à la fugue » qui va nécessiter l'isolement.

A l'entrée, il croit encore entendre la voix de son agresseur qui lui dit : « En sortant, on te fera souffrir encore. » Il se plaint que plusieurs coreligionnaires lui en veulent et qu'il a été victime de nombreux vols. Il indique qu'à l'hôpital il s'est caché dans les cabinets pour échapper à son agresseur et qu'il aurait désiré être enfermé à la cave.

Le certificat de 24 heures du Docteur Régis est ainsi rédigé : « Troubles mentaux polymorphes, excitation psychomotrice intermittente, idées vagues de persécution paraissant constituer une psychose réactionnelle en rapport avec les conditions psychologiques où sont placés présentement les Nord-Africains vivant en France. Certains indices (tremblement digital et hépatomégalie) permettent de penser qu'il existerait également un éthyisme plus ou moins important chez ce sujet. »

L'enquête sociale a confirmé les excès éthyliques de l'intéressé et une cure de dégoût a été entreprise.

Il est sorti le 13 septembre 1956 pour une destination inconnue.

OBSERVATION IV. — S..., journalier, 23 ans, est entré le 27 octobre 1956 à l'Hôpital Civil. Mais son agitation anxieuse avec des yeux hagards, le fait qu'il se plaignait à répétition d'être constamment la victime de vols d'argent et d'avoir été empoisonné à trois reprises, entraînent son internement le 31 octobre pour « un syndrome déli- rant de persécution ».

Au cours du premier examen, il nous déclare d'abord qu'il a dû être hospitalisé pour une maladie d'estomac, puis tout de suite après il nous confie : « Les camarades y m'ont enfermé à clef, ils m'ont attrapé moi et y m'ont pris l'argent, je suis parti trois fois en Algérie et je suis revenu. » Il continue à redouter d'être enfermé seul dans une chambre « pour le tuer », d'autant plus qu'il a fait trois démarches à la gendarmerie pour se plaindre.

Dès le 16 novembre, on note que son comportement est calme après avoir subi des séances d'électrochoc.

Un fonds de débilité mentale et un aspect dégénératif du visage sont à noter ainsi que son amaigrissement (50 kilogs pour 1 m. 61), hypo- tension artérielle à 9/6.

Le 27 janvier 1957, un cousin le prend en charge pour le faire sortir.

OBSERVATION V. — B..., plombier, 31 ans, est interné le 12 novembre 1956 pour un syndrome mélancolique qui aurait débuté trois jours auparavant par des tremblements importants et généralisés avec vague inquiétude et parfois anxiété. Il aurait entendu des voix qui le trai- taient de communiste à la suite d'un vote soi-disant imposé par son contremaître, et il a peur qu'on lui fasse maintenant du mal.

Après deux séances d'électrochoc et un traitement par neurolepti- ques, son frère le fait sortir le 23 décembre 1956.

Il reprend son ancienne place mais demeure apathique. Il répète sans cesse : « Il va me tuer, il va me brûler. »

Réintégré le 19 janvier 1957, son comportement est tout de suite normal, il serait revenu, dit-il, à cause de la « flemme et du froid ».

Il s'agit d'un sujet très craintif qui, aux ateliers d'Ergothérapie, a besoin d'être constamment rassuré.

Il nous quitte le 6 juillet 1957 et il n'est pas possible de savoir ce qu'il est devenu.

2° *Observations prises au cours de 1957* (les conditions d'apparition sont plus précises et les réactions de défense beaucoup plus mar- quées) :

OBSERVATION VI. — B..., 24 ans, demeurant à Alger, a effectué nor-

malement son service militaire de septembre 1954 à avril 1956, en Algérie, et l'a terminé comme brigadier.

Puis il a repris son métier d'ouvrier tôlier. Quelques mois après sa libération du service militaire, son ex-capitaine m'a déclaré qu'il était venu le trouver pour lui demander de le faire embarquer d'urgence pour la Métropole parce qu'il serait menacé en raison de ses sentiments pro-français. Le bruit d'un coup de feu tiré à proximité de lui (et contre lui, a-t-il cru), aurait produit l'émotion-choc qui va tout déclencher. Le capitaine fait activer la délivrance du laissez-passer et le voit pour la dernière fois dans la journée du 6 janvier 1957 : « Il m'a semblé, écrit-il, terriblement effrayé mais non fou, bien qu'il m'ait parlé d'une histoire de tueur le guettant du haut d'un toit. »

Le lendemain 7, des troubles marqués du comportement vont apparaître. Il se rend à l'aéroport, prend un billet pour Lyon, mais il ne s'embarque pas et la gendarmerie le trouve caché sous un lit, dans un dortoir de l'aérodrome.

Le 8, il prend un billet pour Paris et demande à monter dans un avion sans Algérien, mais comme il s'en trouve cinq ou six, il s'empresse de descendre à l'escale de Marignane et signale au Commissaire de cette aérogare qu'il était menacé car il avait entendu dire dans l'avion : « Celui-là, on le descendra. »

Il passe la journée du 9 à Marseille, « toujours dans l'inquiétude, car des Français faisaient des signes incompréhensibles et le surveillaient ».

Le 10, il prend un billet de chemin de fer pour Grenoble, mais il quitte le train à la gare d'Aix-en-Provence parce que des suspects y seraient montés et, le soir, il téléphone d'un bar à la police pour demander secours contre des compatriotes qui voudraient le tuer. Le rapport de police signale qu'il avait une attitude apeurée se manifestant par d'incessants regards autour de lui. Conduit à l'Hôpital Civil dans la matinée du 11, il est en proie à une vive crise d'excitation et il est admis à l'Hôpital Psychiatrique dans la journée même.

Dans le certificat de 24 heures, le Docteur Régis signale son activité délirante de persécution en rapport avec des hallucinations et des interprétations, et réserve son pronostic, tout en mentionnant la possibilité d'une psychose réactionnelle.

Après des alternatives de dépression et d'agitation, pour la sédation desquelles 10 séances d'électrochoc sont mises en œuvre, il se calme un peu.

Le 26 février, il a repris assez d'assurance pour se permettre de me confier qu'il avait été menacé de mort parce qu'on voulait qu'il devienne un tueur, alors qu'il n'avait accepté que d'être un distributeur de tracts. Il écrit plusieurs lettres à la gendarmerie pour se dénoncer et pour qu'on accepte sa soumission.

Dans la crainte d'une évolution vers un état délirant chronique, une cure de Sakel est instituée de mars à mai, donnant lieu à 44 comas.

Mis ensuite au pavillon d'ergothérapie, il a retrouvé confiance et

gaité et pourrait rentrer chez lui, bien que ne rectifiant pas suffisamment les a-côtés pathologiques ayant compliqué sa fuite d'Algérie.

Les formalités de voyage retarderont son père qui ne peut venir le reprendre que le 11 juillet 1957.

OBSERVATION VII. — S..., 49 ans, ouvrier, travaille régulièrement dans une usine de la région parisienne. Il vient à Marseille, avec une trentaine de mille francs d'économies, pour attendre son fils qui doit débarquer d'Algérie. Ne l'ayant pas trouvé, il se rend, le 27 juin 1957, dans une localité proche, afin d'être hébergé par un ancien ami, le nommé X... Dans l'après-midi, il est contacté par des compatriotes qui s'emparent de sa carte d'identité (pièce dont on connaît l'importance actuellement vitale). Dans la nuit, il est réveillé par des personnes qui discutent dans la rue. A 3 heures du matin, le réveil sonne pour le lever de X... qui doit prendre son travail, puis quelqu'un frappe à la porte. Il est alors persuadé qu'on va venir lui voler son argent ou l'égorger. Il supplie son camarade de rester avec lui car il tremble de peur qu'on entre dans la chambre. Il était excité et paraissait « comme pris de folie » (racontera plus tard un témoin de la scène).

Malgré son opposition, son camarade cherche à quitter la pièce, une bagarre s'ensuit et il frappe alors ce dernier de plusieurs coups de couteau. Un autre compatriote s'enfuit par la fenêtre pour ne pas être blessé.

Examiné à la prison, son comportement est calme, mais il continue à interpréter dans un sens persécutif les faits et gestes des autres Arabes de la prison qui, selon lui, ont reçu « des consignes nationalistes ».

Interné le 16 juillet 1957, le Docteur Régis constate un état de dépression avec sentiment d'insécurité persistant faisant suite à une bouffée délirante aiguë survenue au cours d'une phase de désarroi intense provoqué par les agissements de son entourage qu'il a trouvé suspects.

Pendant la quinzaine d'observation, son état dépressif s'accompagne de paroxysmes anxieux au cours desquels il demande à être traité comme un prisonnier, de façon à être protégé par les gendarmes contre les tueurs.

Au mois de septembre, il s'occupe d'une façon suivie et a retrouvé un faciès souriant et sympathique. Il demande à être rapatrié en Algérie, mais il veut être accompagné par des policiers, car il craint d'être tué d'un coup de revolver sur le bateau.

L'annonce d'un éventuel départ sans cette escorte entraîne la réapparition d'une vive anxiété.

Ce n'est que le 21 novembre 1957 qu'il acceptera de sortir, mais à condition de prendre l'avion avec une assistante sociale, conditions qui peuvent être satisfaites le 28 novembre.

A Alger, la présence des troupes françaises le rassure et il accepte de prendre seul un autre avion pour rejoindre sa famille.

OBSERVATION VIII. — F..., 38 ans, manoeuvre, que j'examine à la prison à la suite d'un délit de coups et blessures contre un compatriote, le 11 août 1957, a toujours été considéré comme un travailleur sérieux et sobre. Son frère nous apprend que quelques jours avant le délit l'intéressé manifestait la crainte d'être tué depuis que deux meurtres d'Algériens avaient été commis dans la commune.

La veille du délit, l'opération de la circoncision de son fils l'avait aussi un peu troublé. Dans la nuit, sa femme, qui avait déjà fait en 1950 un accès confusionnel post-puerpéral, croit entendre des bruits de pas sur la toiture. Elle réveille son mari pour lui déclarer « on va nous tuer ». C'est le début pour elle d'un deuxième accès confusionnel en rapport avec la lactation qui va nécessiter son internement dans la journée même.

Il fait immédiatement siennes les convictions de sa femme, tape aux cloisons de la baraque pour obtenir du secours de la part des voisins. Ceux-ci arrivent, accompagnés d'un inconnu de F... qui officie « pour chasser les présages » en piquant une moitié d'aiguille sur le traversin sur lequel repose la tête de la femme F... et en plaçant un couteau sous ce traversin. Les voisins repartent chez eux. Seul l'inconnu reste et s'étend sur le lit d'un enfant pour dormir.

Subitement, il croit comprendre qu'on va couper la tête à sa femme. Il s'empare alors d'une hache et d'un coup violent frappe l'intrus sur la face, lui occasionnant une section du nez et du maxillaire supérieur.

A la prison, son comportement est calme mais la conviction délirante reste entière.

Interné le 3 septembre 1957, il sort de l'Hôpital Psychiatrique le 28 novembre 1957, et le Docteur Régis, qui l'a observé dans son service, rédige à la date du 20 novembre 1957 le certificat suivant : « Est guéri de la bouffée dépressive et anxieuse. Il rectifie actuellement les idées délirantes qu'il avait émises à l'égard de sa victime et qu'il avait conservées un mois environ après son intervention. Il reconnaît qu'il se trouvait à ce moment-là dans un état de désarroi maladif. »

Sa femme avait quitté guérie l'Hôpital Psychiatrique quelques jours avant, le 14 novembre.

OBSERVATION IX. — M..., manoeuvre, 37 ans, en traitement à l'Hôpital de la Timone dans le service de Clinique des Maladies Exotiques pour bilharziose vésicale et splénique, doit être passé, le 26 mars 1957, dans le service de Clinique des Maladies Nerveuses en raison de ses troubles du comportement et parce qu'il aurait exprimé des idées de persécution par ses coreligionnaires et des craintes de représailles de leur part, allant jusqu'à l'intention de le tuer. Le 2 mai 1957, il est interné dans un service psychiatrique pour un état dépressif avec réduction de l'alimentation, inertie et traces d'auto-mutilation (morsures).

Il est transféré à l'Hôpital Psychiatrique d'Aix le 22 octobre, avec

le diagnostic de mélancolie réactionnelle avec craintes de persécution et agitation anxieuse (Docteur Carriat).

Ses idées de persécution sont toujours actives. Dans le pavillon où il se trouve, il comprend (« il l'a bien entendu en arabe ») que les deux autres malades algériens complotent contre lui pour le tuer. Il s'empare d'une chaise avec laquelle il va casser trois vitres afin de pouvoir changer de pavillon, m'avoue-t-il plus tard.

Il se trouve enfin dans un pavillon où l'entourage lui inspire confiance, car les malades algériens lui paraissent bien de vrais malades, et il me donne alors l'explication suivante des anomalies de son comportement dans le Service des Maladies Exotiques (il demandait à coucher sous la table à côté du veilleur) : « Dès mon arrivée, les Algériens de la salle m'ont fait l'enquête. Ils m'ont dit : il faut que tu donnes 4.500 francs pour la guerre ; j'ai dit : je suis malade, je peux pas. Ils m'ont dit : toi tu es espion, tu ne retourneras pas à la maison, on va t'égorger avec un couteau ; je l'ai dit aux infirmiers, ils m'ont dit : tu es fou, ils ne peuvent pas comprendre les combines des Algériens. »

L'évolution de son état reste stationnaire. Voilà plus d'un an que les craintes alléguées sont apparues et il demeure toujours très inquiet, dans la même attitude de défense, refusant énergiquement qu'on le mette ailleurs que dans son pavillon actuel où il se comporte comme un malade calme et serviable.

OBSERVATION X. — M..., manœuvre, 29 ans, est interné le 5 décembre 1957 parce qu'il a manifesté à l'Hôpital un excès d'agitation avec bris de meubles et menaces de mort. Le jour de son admission, il est confus mais assez calme. Le certificat de quinzaine (Docteur Régis) est ainsi rédigé : « Est atteint de mélancolie atypique avec hallucinations importantes, manifestations panophobiques extravagantes, réticence, ne dissimulant pas un état de tension intérieure sous-jacent et capable de provoquer un raptus anxieux. Cet état représente vraisemblablement une psychose réactionnelle en rapport avec les conditions actuelles d'inquiétude de la population nord-africaine en France. »

Dans la nuit du 22 décembre, les veilleurs signalent son évasion, mais on le retrouve le matin caché sous son lit, il déclare qu'il avait eu peur, car on l'aurait condamné à mort.

Après six séances d'électro-choc, il peut, dès le mois de janvier, travailler aux ateliers d'ergothérapie, où il est noté comme un sujet intelligent, tout en continuant un traitement neuroleptique à petites doses.

Par la suite, il nous apprend qu'on a incendié, en Algérie, un magasin de tissu qui appartenait à son oncle ; il est alors venu travailler en Moselle, puis a fait de nombreux va-et-vient entre la région méditerranéenne et la Moselle pour rechercher la tranquillité : « Quand je trouve tranquille, je reste, sinon, je pars. » Il se fait hospitaliser pour une maladie d'estomac, dans le Var, puis il quitte subitement cet hôpital en abandonnant sa valise et se fait conduire pour la somme de

9.000 francs dans une petite localité, près d'Aix, où se trouve une colonie importante d'Algériens embauchés sur les chantiers de l'E.D.F. Il voulait rendre visite à son beau-frère et à son cousin et il avait sur lui une somme de 16.000 francs. Il est alors l'objet de contacts intéressés : « Il a dit, jamais tu donnes l'argent, moi, je lui dis non, j'en ai pas, il dit ça va, on s'arrangera, y en a alors qui m'ont dit, fais attention, cette nuit, ils viennent te tuer toi, j'ai eu peur, j'ai marché pendant 40 kilomètres, la nuit, sans soulier et sans chemise, je suis allé à la mairie, les gendarmes m'ont amené à l'hôpital. »

Actuellement, après avoir manifesté le désir de retourner en Algérie, il est beaucoup moins épanoui, il paraît préoccupé depuis qu'on lui annonce le prochain succès de nos démarches en vue de son rapatriement.

Dans un article, rédigé en 1956 (1), j'avais signalé que l'influence des événements politiques d'Algérie ne pouvait pas être incriminée à l'origine de l'augmentation, à l'Hôpital psychiatrique d'Aix, du nombre des internements concernant des Nord-Africains, au cours de l'année 1955 et du mois de janvier 1956.

Mais cette impression allait rapidement devenir erronée dès les premiers mois de 1956 et une rectification s'imposait en raison du déchainement, d'un caractère nouveau, pris, sur le territoire métropolitain, par les conflits politiques entre Musulmans algériens. C'est ainsi, par exemple, que s'est affirmée, et de plus en plus au cours de 1957, l'organisation de la collecte des fonds donnant lieu, à l'égard des récalcitrants, à des sanctions de plus en plus impitoyables et expéditives.

Sans insister davantage, ici, sur ces dernières données du problème, retenons, dès à présent, que l'élément vital de certaines « situations vécues » ressort nettement de l'émouvant témoignage que nous apportent les déclarations notées ci-dessus. Ces situations ont ainsi possédé la charge affective puissante qu'exige Jaspers pour provoquer un bouleversement émotionnel.

Ce bref rappel du climat politique qui actuellement perturbe, dans la métropole, les relations entre diverses fractions de Musulmans algériens et aussi entre individus, souvent unis par un lien de parenté, est suffisamment évocateur pour nous permettre d'y rattacher la cause des accidents psychopathiques que nous venons d'isoler dans nos observations.

Il découle de ces considérations que nous pouvons maintenant admettre l'existence de psychoses réactionelles ou mieux de psy-

(1) L. VALLADE, — Génèse des réactions psychopathiques apparues chez des Nord-Africains. *Presse médicale*, n° 57, 21 juillet 1956, p. 1329.

choses de conflit (Guiraud), dont la « relation de compréhension » avec le contenu de l'actualité politique algérienne peut être affirmée par les données cliniques que nous ferons suivre d'un commentaire statistique.

DONNÉES CLINIQUES

1° *L'étiologie* des 10 cas « authentiques » retenus nous paraît donc nettement déterminée, car l'argument le plus solide, susceptible d'être mis en avant, est basé sur le fait que les états réactifs décrits n'existaient pas avant l'apparition de la cause invoquée et qu'ils se sont manifestés avec une progression d'intensité en rapport étroit avec le degré de développement des conflits.

Nous avons donc tendance à ne retenir que le rôle de « l'événement », conformément à l'opinion exprimée par Guiraud (2) : « Quand le conflit présente une certaine gravité, la psychose peut survenir chez des gens parfaitement normaux et d'ordinaire évolue heureusement et assez vite. » C'est une opinion analogue qu'a défendue Le Guillant (3) à propos de l'incidence pathogène de l'événement.

Bien que l'importance à rattacher à la prédisposition individuelle nous semble secondaire, je veux bien, pour éviter le reproche d'une préconception d'idée, passer en revue certains facteurs. Remarque importante préliminaire : aucun de nos malades n'avait manifesté un antécédent psychopathique.

a) *En ce qui concerne le terrain.* — L'un d'entre eux faisait des excès éthyliques. Deux avaient un fond de débilité mentale et quelques stigmates dégénératifs. Deux autres étaient sous-alimentés avec un déficit pondéral d'environ 10 kilos par rapport à leur taille. Un autre avait dû souffrir de l'autoritarisme d'un père qui signe ses lettres « Le Père », en faisant suivre sa signature d'un drapeau français. Un époux a pu pâtir d'un rapport induit puisque sa femme a fait une récidive à l'occasion de la même cause, alors que sa première atteinte psychopathique l'avait laissé indemne. Enfin, un dernier souffrait d'une bilharziose ayant touché son état général.

(2) GIRAUD et CALOUTSIS. — L'exploration clinique en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1949.

(3) LE GUILLANT. — Vers une psychopathologie sociale. *Evolution psychiatrique*, fasc. I, 1954.

b) *Du point de vue caractérologique*, les malades, dont nous parlons, sont généralement craintifs, disciplinés et soumis, mais très méfiants.

Ces traits de caractère expliquent donc mal, en partie, leur réaction d'opposition qui pourrait être interprétée comme une marque d'affirmation d'une certaine personnalité. On les verrait, plus volontiers, disposés à suivre la majorité et à libérer leur conscience à la manière de quelques non-pratiquants qui participent au denier du culte.

Leurs besoins affectifs sont très marqués. Ce sont des « réceptifs », chez qui, par conséquent, les réactions « thymogènes » (Chatagnon) sont explicables. Leur méfiance, d'ailleurs, ne cède que lorsqu'un circuit affectif de sympathie s'est installé avec leur interlocuteur qui doit attendre patiemment le moment fécond avant d'obtenir des confidences. « Tu es comme mon père » est leur expression usuelle lorsqu'ils se décident à avouer les origines du conflit qui les a accablés et dont ils se souviennent parfaitement, car l'émotionné, a dit Léri, pendant la guerre de 1914-1918, ne souffre pas d'une confusion suffisante pour entraîner une amnésie consécutive. Le retard et la réticence de leurs aveux contribuent certainement à nous faire souvent passer à côté du problème causal.

Evidemment, notre souci de neutralité nous a interdit de chercher à connaître la nature des sentiments puissants qui ont sous-tendu leur révolte. D'où pas de possibilité d'analyser en profondeur, comme le demanderait Hesnard, la signification de leur conduite.

En définitive, il semble bien que le qualificatif de sensitivo-paranoïaque, rappelé par Tosquelles (4), est celui qui conviendrait le mieux pour dépeindre la personnalité de ces malades.

c) Leur âge a varié de 23 à 49 ans, mais trois seulement ont plus de 40 ans.

d) *Du point de vue géographique*, huit étaient originaires du Constantinois, un de l'Algérois et un d'Oranie.

2° *L'éclosion des troubles* est dominée par un désarroi émotif en rapport avec un sentiment légitime de peur et d'insécurité provoqué, dans tous les cas, par la crainte de l'exécution d'une menace de mort. En outre, une histoire de vols d'argent avait, préalablement, dans trois cas, mis leur attention en état d'alerte.

(4) Cf. Discussion du rapport de Chatagnon. *Comptes rendus du congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, 1949.

C'est en s'exacerbant que ce désarroi a donné naissance à la réaction pathologique de base : l'anxiété, principal symptôme de l'exposition au danger (Sutter).

Cette anxiété s'est manifestée, dans sept cas, par de l'agitation explosive qui s'est traduite, dans deux circonstances, par des gestes meurtriers graves, et, trois fois, par des bris d'objets à l'hôpital. Au contraire, l'anxiété a pris, dans trois cas, une allure dépressive qui s'est accompagnée, deux fois, d'idées d'empoisonnement associées seulement une fois à des velléités de suicide.

Il est difficile de préciser le temps de maturation, mais nous retenons que, dans deux cas, quelques heures ont suffi.

3° *Le tableau clinique* a été mentionné sous la forme de bouffée délirante polymorphe à quatre reprises, de syndrome délirant interprétatif et hallucinatoire de persécution à deux reprises, d'excitation avec idées de persécution une fois, de syndrome confuso-dépressif une fois et d'état dépressif deux fois.

Il faut souligner, en ce qui concerne l'imputation délirante, que les explications ultérieures fournies par les intéressés permettent de dire que, dans la moitié des cas seulement, existait une complication vraiment délirante de persécution. Dans les autres cas, les propos catalogués délirants constituaient le récit objectif des épreuves subies. On s'aperçoit donc qu'il est très facile, dans la description des psychoses de conflit, de surcharger le tableau clinique d'interprétations personnelles inexactes et péjoratives.

Seule, l'observation n° 6 revêt l'aspect d'un état délirant hallucinatoire durable avec la particularité d'un recours à des fugues de défense, tels les aliénés migrants de Foville, mais d'un type moderne puisque l'intéressé a utilisé l'avion pour venir dans les Bouches-du-Rhône, faire constater sa psychose. Au contraire, la fugue du n° 10 est une fugue d'épouvante.

Les aspects cliniques de ces psychoses réactionnelles sont classiques et tout à fait superposables à ceux décrits à l'occasion d'autres situations conflictuelles. Pour ne retenir que les plus récemment rapportées, nous citerons les psychoses en relation avec les conflits sociaux de 1936 (Thèse de Maurice Leconte), celles de guerre par Sutter et collaborateurs (*Annales médico-psychologiques*, octobre et décembre 1947), celles observées par Ey et Cornavin chez les civils durant la guerre 1939-1945 (Schweiz, *Archives de Neurologie psychiatrique*, 1948, 61, 405) et les psychoses de captivité par Carrot et collaborateurs (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1949 et novembre 1950).

4° *Le traitement* de ces états réactionnels a nécessité une fois une cure de Sakel, quatre fois des électrochocs et trois fois une cure neuroleptique.

5° *Leur durée* a été très variable, allant de 48 heures à cinq mois. La durée de l'internement a dépassé, dans deux cas, notablement la durée de la psychose par suite du refus des intéressés de quitter l'établissement devenu, pour eux, l'ultime refuge ataraxique.

A trois reprises, le rapatriement a été une mesure heureuse pour abrégier la maladie qui risquait de passer à la chronicité.

Malheureusement, aucun malade n'a pu être suivi en post-cure.

COMMENTAIRES D'ORDRE STATISTIQUE

Nous avons déjà dit que nos statistiques ne pouvaient apporter que des indications très restreintes. Cependant, nous pensons que les considérations de cet ordre ne doivent pas être négligées.

On note, dans notre service, comme dans d'autres, un accroissement, d'année en année, du nombre des entrées concernant des Musulmans d'Algérie, et cette majoration du pourcentage de ces entrées (de 5 % en 1954, il passe à 18 % en 1957) est loin d'être en rapport avec l'afflux actuel de cette population dans la métropole (5). De 10 en 1955, le montant du chiffre de ces entrées est de 21 en 1956 et de 25 en 1957.

Pour cette dernière année, l'indice d'incidence morbide psychopathique affectant ce groupe est de cinq pour mille.

Les psychoses de conflit d'apparition récente, ne figurant que pour cinq unités, aussi bien en 1956 qu'en 1957, ne peuvent donc pas expliquer à elles seules l'augmentation du chiffre des entrées concernant les Musulmans algériens, qui obéit, comme on doit s'en douter, à de nombreuses autres causes.

Ces psychoses de conflit représentent, pour 1957, 20 % de ce chiffre particulier des entrées (ce pourcentage est donc important par rapport à celui qui avait été évalué avec beaucoup de réserve à 5 % par M. Porot pour l'Algérie).

Au 1^{er} janvier 1958, la Sous-Préfecture d'Aix estimait que le nombre des travailleurs nord-africains de l'arrondissement pou-

(5) Le *Journal Officiel* du 8 février 1958 (édition des débats parlementaires, réponse à une question orale) nous apprend que le chiffre de la population nord-africaine masculine de la métropole s'est élevé de 193.620 en 1954 à 280.000 en 1957, soit seulement une augmentation d'un tiers environ.

vait être fixé aux environs de 5.000, car le dénombrement de cette population mobile est difficile. En conséquence, approximativement, un Musulman algérien sur mille aurait mal réagi, du point de vue psychique, aux conditions d'ambiance retenues dans notre étude, mais ce chiffre est trop fort, celui de 0,6 pour mille me paraît mieux convenir, car deux de nos malades n'étaient que de passage.

A titre de comparaison, bien que les circonstances d'apparition aient été très différentes, rappelons que Freeman (*Brit. Med. J.*, 12 novembre 1946) avait fixé à 0,22 pour mille la proportion de troubles psychiques réactionnels qui avaient frappé les troupes au cours du bombardement d'Anvers par les bombes V.

CONCLUSIONS

La recherche patiente et objective des causes, qui, à partir de 1956, chez les Musulmans d'Algérie résidant dans la Métropole, sont intervenues dans la genèse de leur maladie mentale, permet d'identifier quelques cas de psychoses réactionnelles ayant un lien convaincant d'effet à cause avec des conflits politiques ou plus exactement socio-politiques.

Ces psychoses de conflit ont été décelées sur un secteur métropolitain dont l'effectif de la population intéressée n'est que de 5.000 individus. Il serait donc souhaitable, afin de pouvoir dégager des conclusions valables, d'attendre que d'autres médecins, dont le champ d'observation est plus étendu (Seine, Moselle, Marseille, etc...), apportent de nouvelles contributions à l'étude de cette question.

LA FIEVRE RECURRENTE DANS LE TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GENERALE

PAR

PIERRE MARESCHAL et JEAN NOBLET

Il y a quatre-vingts ans (en 1876), Roseblum, médecin à Odessa, utilisa pour la première fois la fièvre récurrente pour le traitement des paralytiques généraux. Il se servit du sang des malades atteints de fièvre récurrente à poux (récurrente cosmopolite) qui sévissait à cette époque en Russie.

Quelques années auparavant (en 1860-1870), Roseblum avait déjà imaginé la malariathérapie.

Ces deux importantes découvertes restèrent inutilisées pendant de longues années. Ce n'est que 40 ans plus tard que ces deux procédés de pyrétothérapie furent méthodiquement étudiés et mis en œuvre par les spécialistes allemands Wagner Jauregg (en 1917) pour la malariathérapie, et Plaut et Steiner (en 1919) pour la récurrentothérapie. Ces deux derniers thérapeutes employaient aussi le spirochète d'Obermeier, agent de la récurrente mondiale ou cosmopolite transmise par le pou.

Par la suite, on a eu recours aux spirochètes des fièvres récurrentes transmises par les tiques : récurrente africaine (*Spirocheta duttoni*), puis récurrente américaine (*Spirocheta novy*), puis récurrente hispano-marocaine (*Spirocheta hispanica*).

Mais si à l'étranger, en Allemagne notamment, le traitement de la paralysie générale par la fièvre récurrente fut poursuivi, en France, par contre, la récurrentothérapie, après quelques essais (Claude, Targowla, Lignières, Claude et Coste, A. Marie et Medakovitch), fut abandonnée au profit de la malariathérapie, à qui l'on reconnaissait généralement une meilleure action thérapeutique.

Or, en pays d'endémie palustre, comme la Tunisie, la mala-

riathérapie se heurte à de grosses difficultés : résistance particulière des malades à l'impaludation, et surtout réactivation avec le *Plasmodium vivax* d'un *Plasmodium falciparum*, depuis longtemps silencieux. Quelques cas de paludisme pernicieux (dont un mortel), à la suite d'impaludation faite très correctement avec le *Plasmodium vivax*, nous ont fait chercher d'autres méthodes de pyrétothérapie. C'était d'ailleurs l'avis de Charles Nicolle qui, avec Anderson et Gérard, pratiquait épisodiquement la récurrentothérapie (1920, 1935).

Une épidémie violente de fièvre récurrente qui a sévi en Afrique du Nord de 1944 à 1946 permit à H. Sparrow et A. Lamarque (1) d'utiliser, aux fins de pyrétothérapie, des souches de récurrente mondiale (*Borrelia recurrentis*), récurrente à poux. Mais cette épidémie s'éteignit au point qu'il ne fut plus possible à partir de 1947 d'en retrouver un seul cas pour renouveler la souche. Celle-ci n'existait plus dans aucun laboratoire d'Afrique, ni d'Europe.

Aussi, dès 1946, H. Sparrow a proposé pour le traitement de nos malades une souche A de récurrente hispano-marocaine (souche Langeron), qui lui a été remise sur tiques, vecteurs habituels de cette maladie, par Colas-Belcour, de l'Institut Pasteur de Paris (2).

Par la suite, plusieurs souches locales ont été isolées par H. Sparrow. Ces souches, qui avaient les caractères de récurrente hispano-marocaine, ont été également utilisées pour la récurrentothérapie.

En 1905, H. Sparrow (3) a rapporté d'Ethiopie des souches de *Borrelia recurrentis*, récurrente à poux, qui sont utilisées depuis à Tunis pour le traitement de nos malades.

ENTRETIEN DES SOUCHES

A) Récurrente hispano-africaine.

La piqûre de la tique est infectante pour l'homme et les animaux de laboratoire, parmi lesquels les cobayes et les rats blancs sont les plus sensibles.

La maladie du cobaye est intense. Les spirochètes apparaissent dans le sang (examen quotidien à l'ultramicroscope), quelques jours (6 à 10 jours) après le repas infectant, et s'y multiplient très rapidement.

Le passage de cobaye à cobaye par injection d'une goutte de sang de l'animal infecté par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale ne présente aucune difficulté.

Les animaux survivant à l'infection gardent des spirochètes dans leur rate et dans leur cerveau pendant des mois et des années (prémunition).

Les expériences d'André et Edmond Sergent ont démontré que l'inoculation de ces organes à des cobayes neufs permet de retrouver la souche de récurrente, ainsi conservée, au bout d'un temps très long (2 à 3 ans par exemple) (4 et 5).

H. Sparrow a pu démontrer que l'alimentation d'un lot de poux, sur le malade, pendant l'accès fébrile, conduit régulièrement à l'infection d'un certain nombre de ces insectes (6), que le pourcentage de poux ainsi infectés varie proportionnellement à l'abondance des spirochètes dans le sang de l'homme ; il varie aussi suivant le nombre de repas infectants.

B) *Récurrente mondiale (souches éthiopiennes).*

L'entretien au laboratoire des souches de *Borrelia recurrentis* présente de grandes difficultés du fait de l'extrême fragilité de ces spirochètes, et de l'absence de réactions des petits animaux. Seul, le singe est sensible, mais il succombe fréquemment à la maladie et, de ce fait, son emploi est peu pratique et onéreux.

Les souches rapportées d'Ethiopie sont entretenues concurremment par deux procédés : passage de poux à poux (par la méthode de Weigl) et passage sur souriceaux ou rats nouveaux-nés. Ce dernier procédé a été déjà indiqué par Ed. Sergent et H. Foley en 1908 et repris, ces dernières années, par Baltazard qui se servait de préférence de lapins nouveaux-nés.

Pour les passages successifs de souriceaux à souriceaux, on utilise des souriceaux âgés de 2 à 5 jours. Le sang est prélevé par ponction cardiaque, dilué et inoculé immédiatement (sans emploi d'anticoagulants) à toute la portée et à la mère.

Il se produit régulièrement, dans l'organisme de l'animal inoculé, un développement des spirochètes, décelé par l'examen du sang, 24 à 48 heures après l'inoculation. Ces spirochètes persistent dans le sang 48 à 72 heures et disparaissent brusquement.

TRANSMISSION DE LA MALADIE A L'HOMME TECHNIQUES D'INOCULATION

A) *Récurrente hispano-africaine.*

L'infection peut être transmise aux malades de trois façons :

1° Infection par inoculation de sang de cobaye : On injecte

sous la peau du bras du malade 1 cc. de sang citraté de cobaye, prélevé à l'acmé de l'infection (examen à l'ultra-microscope).

2° Exceptionnellement, infection par inoculation de sang d'un malade prélevé pendant l'accès fébrile.

3° Infection par inoculation de liquide cœlomique des poux : On utilise une série de poux à infection très abondante. Ces poux sont disséqués stérilement un par un dans quelques gouttes de liquide de Ringer, disposées sur une lame. Pour permettre l'écoulement de la totalité du liquide cœlomique, deux incisions sont faites le long du corps de l'insecte sans léser l'intestin.

L'examen à l'ultra d'une goutte de ce liquide montre des spirochètes plus courts et plus fins que les spirochètes observés dans le sang des malades et des animaux.

Notons que l'abondance des spirochètes est souvent égale à celle que l'on observe dans les poux infectés par la récurrente mondiale.

On peut employer le liquide cœlomique soit en injection sous la peau, soit en scarification, mais alors le produit doit être plus concentré. Ce liquide est déposé sur la peau du malade, dégraissée préalablement par l'éther, puis scarifiée avec le vaccinostyl.

B) *Récurrente mondiale (souches éthiopiennes).*

L'infection peut être réalisée :

1° Par l'inoculation de liquide cœlomique des poux soit en injection, soit par scarification.

2° Par inoculation de sang de souris ou de rats nouveaux-nés (0,1-0,2 cc. dans la solution de Ringer en injection sous la peau du bras).

EFFET DE LA MALADIE SUR L'HOMME

A) *Récurrente hispano-africaine.*

Le caractère de la maladie se rapproche de celui de la récurrente provoquée par l'infection naturelle (piqûres de tiques). La maladie est moins intense que la récurrente mondiale. La température est généralement moins élevée, mais le nombre des accès est plus grand. L'examen du sang des malades montre des spirochètes plutôt rares, quelquefois seulement dans les gouttes épaisses.

Pour les besoins du traitement, nous avons cherché à obtenir les réactions les plus fortes possibles. Dans ce but, nous avons,

au début, inoculé nos malades avec le sang des animaux de passage, cobayes et rats, extrêmement riche en spirochètes.

La maladie ainsi provoquée apparaissait après une incubation très courte de 24 heures à 48 heures, suivie d'un accès intense de 3 à 6 jours, avec fièvre de 40° à 41°. Les accès suivants étaient plus courts, en général leur nombre variait de 2, 3 et 4 accès, avec des intervalles variables de 5, 7, 9 et même 18 à 24 jours. La maladie totalisait un nombre de jours de fièvre assez considérable, de 8 à 14 jours.

La maladie de l'homme inoculé avec le liquide cœlomique des poux se développe après une incubation de 6 à 8 jours. Le premier accès est moins intense qu'après inoculation du sang des animaux. Le nombre d'accès est sensiblement le même.

B) *Récurrente mondiale (souches éthiopiennes).*

La maladie expérimentale a les mêmes caractères que la récurrente naturellement acquise. Le nombre des accès est généralement de 2, quelquefois 3, exceptionnellement plus. La maladie peut aussi se limiter à un seul accès.

L'incubation est de 4 à 7 jours, la durée du premier accès varie de 5 à 7 jours, l'intervalle apyrétique est de 7 à 15 jours. Le deuxième accès est plus court que le premier.

L'infection déclenchée par l'inoculation du liquide cœlomique est sensiblement la même que celle réalisée par le sang des souriceaux nouveau-nés.

EVOLUTION ET INTERRUPTION DE LA MALADIE

La maladie évolue spontanément vers la guérison, au bout d'un temps plus ou moins long. Il est possible d'interrompre les accès par l'emploi : soit des arsénobenzols, soit de la pénicilline. La récurrente hispano-marocaine réagit beaucoup moins que la récurrente à poux au traitement et s'épuise d'elle-même.

IMMUNITÉ

La maladie non traitée laisse une certaine immunité pendant quelques mois tout au moins. Dans les cas traités, des réinfections ont été observées 6 semaines, 2 et 3 mois après la maladie.

On a donc la possibilité d'appliquer la récurrentothérapie à plusieurs reprises à un même malade, à condition d'observer des délais suffisants (certains de nos malades ont été inoculés à trois reprises), ou d'employer des souches d'origines différentes.

SURVEILLANCE ET INCIDENTS PENDANT LA CURE

La maladie doit être suivie et contrôlée par des examens de sang faits tous les jours, par des hémocultures et des inoculations aux animaux à chaque accès fébrile (cobayes ou souris nouveaux-nés) et par des essais d'infection des poux.

Le malade récurrenté doit être isolé et il bénéficie d'un régime et de soins particuliers. Il est l'objet d'une surveillance très stricte. Sa température est prise toutes les 3 heures, jour et nuit, pendant toute l'observation qui dure de 4 à 6 semaines.

Le pouls et la tension artérielle sont pris régulièrement. La courbe de la diurèse est à surveiller. La recherche de l'albuminurie et de l'azotémie est faite à plusieurs reprises au cours de la cure.

La maladie évolue spontanément vers la guérison et son interruption n'est pas nécessaire. Il faut se rappeler que c'est surtout le premier accès fébrile qui est très accusé.

Pour prévenir tout incident, il est bon de prescrire dès le début du traitement des tonicardiaques (coramine, solucamphre, syncortyl), des cholagogues (extraits hépatiques, solution de Bourget), des vitamines C et B, et de donner les boissons en quantité suffisante pour assurer une bonne diurèse.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE LA RÉCURRENTOTHÉRAPIE

Avant d'instituer la récurrentothérapie, il convient de procéder à un examen minutieux du malade (scopie pulmonaire, bilan cardiovasculaire et rénal, etc...). L'état somatique doit être satisfaisant.

Les principales contre-indications sont les tares viscérales importantes : cardiopathies, hypertension artérielle, hypotension artérielle, adipeuse avec gros cœur prédisposant au collapsus, insuffisance hépatique ou rénale, diabète, tuberculose évolutive.

Un mauvais état général fera surseoir au traitement. Cependant, un mauvais état général, lié au stade évolutif de la paralysie générale, ne sera pas une contre-indication. Au contraire, nous avons pu voir certains malades précachectiques bénéficier largement du traitement.

L'âge du malade ne comporte pas d'incidences sur la décision du traitement. Il convient d'être prudent au-delà de 55 ans.

Quant à l'âge de la paralysie générale, il est bien souvent impossible à déterminer. Pourtant, si un traitement précoce doit avoir le maximum d'efficacité, des paralysies générales anciennes peuvent être notablement améliorées par la récurrentothérapie.

Y a-t-il lieu de tenir compte de la forme clinique de la paralysie générale ?

Nous verrons plus loin qu'elle a peut-être un intérêt pronostic, mais, en pratique, toutes les formes peuvent bénéficier du traitement,

AUTRES TRAITEMENTS CONCOMITANTS

Aucun des 38 malades que nous présentons n'a eu la récurrente seule comme traitement. La mycothérapie et la chimiothérapie leur ont été appliquées, soit l'une, soit l'autre, soit les deux, avant ou après la récurrentothérapie.

En pratique, si nous devons dégager un schéma de traitement, il serait le suivant :

Pénicilline à doses progressives jusqu'à 1.000.000 d'unités par jour, total 30 millions, puis récurrentothérapie (ou bien récurrentothérapie d'emblée), suivie d'une cure de stovarsol sodique (sauf contre-indication) et d'une ou plusieurs séries de bismuth dans l'année.

RÉSULTATS CLINIQUES

De 1949 à 1955 compris, cinquante et un (51) paralytiques généraux ont été hospitalisés à l'Hôpital pour les Maladies Mentales de La Manouba. Sur ces 51 malades, 38 ont subi la récurrentothérapie.

Nous avons suivi la classification suivante :

Très amélioré : correspond pratiquement à la guérison clinique, sanctionnée par la sortie de l'hôpital et la reprise des activités antérieures.

Amélioré : correspond à la possibilité d'une reprise de l'activité sociale, sanctionnée par la sortie de l'hôpital.

Echec : il s'agit de malades dont l'état mental aura pu être modifié par le traitement, mais présentant un état d'affaiblissement intellectuel nécessitant l'internement, ou de malades chez qui l'évolution fatale n'a pu être arrêtée par le traitement.

Nous n'avons eu aucun décès dû au traitement, c'est-à-dire survenu au cours du traitement ou peu de temps après son interruption.

ETUDE STATISTIQUE

Nous réunissons dans le tableau ci-dessous les résultats obtenus :

Total	Très améliorés	Améliorés	Echecs	Décès
38	12 (31,5 %)	10 (26,3 %)	16 (42,2 %)	0

soit au total 57,8 % de résultats favorables.

Nous pouvons comparer ces résultats à ceux obtenus chez nos 13 paralytiques généraux qui n'ont pas subi de récurrentothérapie :

Total	Très améliorés	Améliorés	Echecs
13	5 (38,1 %)	3 (23 %)	5 (38,1 %)

Ils sont apparemment supérieurs (61,5 %) de résultats favorables de récurrentothérapie. En fait, des cinq paralytiques généraux très améliorés, deux attendent d'avoir la récurrentothérapie ; des trois améliorés, un attend la récurrentothérapie.

C'est dire que, malgré un résultat clinique satisfaisant (ces malades sont en état de sortir de l'hôpital), nous préférons, chaque fois que cela est possible, appliquer la récurrentothérapie qui, combinée avec la mycothérapie, nous paraît offrir le maximum de chances de guérisons.

Il faut en effet remarquer que, dans notre groupe de 38 paralytiques généraux, la récurrentothérapie fut appliquée à certains malades chez qui la pénicillinothérapie n'avait pas amené de résultats appréciables.

La comparaison de ces résultats avec ceux publiés dans le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie seule ou en association est intéressante.

D'après Claude et Fortineau (7), sur 37 paralytiques généraux suivis de 1934 à 1937, les résultats se décomptent ainsi :

Total	Bonnes rémissions	Assez bonnes	Médiocres	Résultats nuls	Décès
37	6 (16,2 %)	11 (29,7 %)	10 (27 %)	8 (21,6 %)	2 (5,4 %)

soit 46 % de résultats favorables.

Plus récemment, les auteurs anglo-saxons (8), Curtis, Horne et Norton (1950), obtiennent 57 % d'améliorations cliniques par pénicilline seulement et 41 % par pénicilline plus malariathérapie.

Perlo-Rose, Carmen et Salomon (1951) obtiennent 69 % d'améliorations par pénicilline et 53 % par pénicilline plus malaria-thérapie.

Nos résultats sont donc supérieurs à ceux du traitement mixte : pénicilline plus malariathérapie.

Nous n'avons pu trouver de publications récentes concernant la récurrentothérapie dans la paralysie générale.

Dans Claude et Rubénovitch, *Thérapeutiques biologiques* (7), il est écrit : « Nous avons obtenu quelques bons résultats, mais avec une mortalité de 10 % (récurrente africaine). Sagel compte 4,5 % de décès. Plaut et Steiner obtiennent un chiffre de rémission comparable aux statistiques favorables de l'impaludation ; également A. Marie et Medakovitch. Sur 51 malades, ils enregistrent 18 bonnes rémissions, mais 17 décès. Talice publie une statistique portant sur trois ans et analogue aux statistiques moyennes de l'impaludation. »

Nous citons ce passage *in extenso*, car nous voulons nous inscrire en faux contre le taux incroyablement élevé de la mortalité.

Au cours de l'épidémie nord-africaine de récurrente mondiale (1944-1946), le taux moyen de mortalité chez les malades hospitalisés a été de 1 % à 4 %. Il a atteint 10 % chez les malades non hospitalisés, c'est-à-dire privés de toute surveillance et de soin. Et il s'agissait de récurrente mondiale (à poux).

Or, les chiffres publiés sont ceux enregistrés dans la récurrente à tiques, qui, on le sait, est moins meurtrière. Cette mortalité élevée ne peut s'expliquer que par le mauvais choix des malades ou l'insuffisance des soins.

Pour nous qui, avec H. Sparrow, avons l'expérience de plus de 200 cas (en dehors de la paralysie générale), nous n'avons jamais eu de décès au cours de la récurrentothérapie.

Etudiant l'âge moyen de nos malades, nous avons remarqué que c'est entre 30 et 40 ans que s'inscrit le plus grand nombre d'améliorations, et, entre 40 et 50 ans, le plus grand nombre d'échecs. C'est aussi entre ces âges que se trouve le plus grand nombre de nos malades (14 entre 30 et 40 ans, 13 entre 40 et 50 ans).

La forme clinique de la paralysie générale a-t-elle une influence sur le résultat ?

Nous référant aux certificats de 24 heures, nous avons classé nos 38 paralytiques généraux en forme démentielle, forme confusionnelle, forme maniaque, forme dépressive.

Il semble que ce soit les formes confusionnelles et maniaques qui comportent les meilleures améliorations ; la forme démentielle comporte le plus grand nombre d'échecs.

Peut-on conclure que les formes maniaques et confusionnelles sont le meilleur pronostic ? Pour nous, il semble bien que cela soit vrai, mais seulement dans la mesure où, par les troubles du comportement que ces formes présentent, le paralytique général est amené à consulter plus tôt.

EFFET DU TRAITEMENT

La récurrentothérapie a pour effet, et cela d'une façon quasi-constante, de modifier l'état général. Celui-ci s'améliore rapidement, indépendamment d'ailleurs de l'état mental.

En même temps, rétrocedent certains symptômes neurologiques comme le tremblement et la dysarthrie ; les réflexes tendineux sont peu modifiés.

L'état mental s'améliore lui aussi progressivement (notons la relative précocité des résultats dans la forme confusionnelle). Si besoin est, d'ailleurs, nous mettons en œuvre d'autres traitements : électrochocs, ganglioplégiques, pour réduire une agitation par trop marquée. La sismothérapie est également employée dans les délires résiduels.

Nous aurions voulu montrer les effets du traitement sur les signes humoraux, mais nous n'avons pu suivre nos malades, une fois sortis, que dans peu de cas. Aussi n'avons-nous que des données fragmentaires. Il semble bien toutefois que c'est la lymphocytose qui est le plus souvent et le plus intensément modifiée. Le retour à la normale de la lymphocytose n'est pas une exception.

L'hyperalbuminose, quand elle existe (la grande majorité de nos paralytiques généraux avaient une albuminose normale), revient elle aussi à la normale.

Les réactions de benjoin colloïdal s'atténuent elles aussi.

Enfin, les réactions de Bordet-Wassermann se négativent rarement ; généralement, elles se fixent ou s'atténuent légèrement.

Nos observations rejoignent l'opinion admise qu'il n'y a aucun parallélisme entre les modifications cliniques et les modifications humorales.

CONCLUSION

Le but de ce travail est de souligner l'intérêt de la fièvre récurrente appliquée au traitement de la paralysie générale, sa totale innocuité, son efficacité, sa guérison spontanée, rapide et définitive.

Si, en pays d'endémie palustre, cette méthode est indiscutablement supérieure à la malariathérapie, nous pensons qu'en France même, la récurrentothérapie devrait être reconsidérée.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) H. SPARROW et A. LAMARCHE. — *Congrès de médecine*, Tunis, 1946.
 - (2) P. MARESCHAL et BEN SOLTANE. — *Congrès de psychiatrie de Clermont-Ferrand*, 1949.
 - (3) H. SPARROW. — Foyer de fièvre récurrente à poux en Ethiopie. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1955, t. 241, 1636.
 - (4) A. SERGENT et Mlle RICHARD. — *Institut Pasteur d'Algérie*, 20, 1942, 293-297.
 - (5) Ed. SERGENT. — *Institut Pasteur d'Algérie*, 23, 1945, 245-248.
 - (6) H. SPARROW. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1954, t. 239, pp. 131-133 ; *idem*, pp. 923-924.
 - (7) CLAUDE et RUBÉNOVITCH. — *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Masson, 1940.
 - (8) *Encyclopédie médico-chirurgicale*, t. II.
 - (9) CLAUDE et RUBÉNOVITCH. — *Op. cit.*, pp. 41-42.
-

UN CAS RARE D'INVERSION SEXUELLE CRIMINELLE

PAR

I. POPESCU-SIBIU (Bucarest)

La complexité du problème de l'inversion sexuelle est bien connue, mais, ses causes n'étant pas suffisamment précisées, la nécessité d'établir des mesures pratiques prophylactiques et thérapeutiques maintient ce problème parmi les objectifs cardinaux de la psychopathologie sexuelle et de la médecine judiciaire.

En raison du caractère prononcé *social* et *psychologique* que cette grave aberration présente, son étude a fait l'objet, entre autres, de l'intérêt des spécialistes représentatifs de la psychologie, de la pédagogie, de la sociologie, de la morale et de la zoologie, autrement dit, de toutes les disciplines scientifiques qui ont toujours collaboré avec la psychiatrie et la médecine judiciaire, lorsqu'il s'agissait d'expliquer et de remédier les causes des manifestations pathologiques de la personnalité humaine, dont les répercussions sur la vie morale et spirituelle de la collectivité pouvaient présenter de graves conséquences.

Depuis l'antiquité, le problème de l'homosexualité a préoccupé même les philosophes les plus renommés. La conception mythologique de la trisexualité originaire, discutée dans le dialogue entre Aristophane et Socrate, reproduit par Platon dans son célèbre « Banquet ou Symposium », est d'ailleurs bien connue.

Depuis le médecin allemand Kertbeny (pseudonyme), qui a donné la dénomination d'uranisme à cette aberration sexuelle (1869), et de Wespahl — le fondateur de l'étude scientifique de l'homosexualité (1870) autour du cas de l'inverti Hanovrien Ulrich — et jusqu'à présent, de nombreuses conceptions sont émises pour expliquer les processus génétiques de cette anomalie sexuelle.

Les uns, comme Charcot, Magnan, le professeur Tarnowski,

de Pétersbourg (1888), Sérieux, Lombroso, Krafft-Ebing, etc..., ont insisté sur le facteur héréditaire (prédisposition, dégénérescence, constitution somato-pathologique). Les autres, comme surtout Moll, ont visé les facteurs mésopsychologiques (l'ambiance), ce qui a donné l'occasion à Schrenck-Notzing (en 1882) de soutenir le rôle important de la suggestion parmi les conditions déterminantes de cette aberration — d'où la préconisation d'une thérapeutique par hypnose de l'homosexualité.

Les études et les investigations de Magnus, Hirschfeld, H. Ellis, Freud, Jung, Adler, Hesnard, Menninger, etc... ont développé les possibilités de connaître les processus de la vie intrapsychique ; les facteurs effectifs, surtout de l'enfance, ont été mis en évidence.

Récemment, Nacht, R. Diatkine et J. Favreau ont insisté sur le rôle du Moi dans la relation perverse. Fromm (1945), Karon Horney et Sullivan ont cherché la genèse des perturbations psychologiques à la lumière d'une corruption culturelle et dans les relations interpersonnelles, et Ghialirovski, dans les influences des facteurs exogènes sur la personnalité humaine.

En dehors de cette orientation vers l'aspect mésopsychologique du problème, ils ont effectué aussi des investigations sur le terrain biologique, endocrinologique. De précieuses contributions par rapport à l'endocrinisme et à la sexualité ont conduit les chercheurs étrangers : Bacov, Medvedeva, de l'U.R.S.S., G. Rudolf (1941), S. Rosenzweig et Moskins, S. Glase (1944), Meyerson et R. Neustadt (Chicago, 1946), M. Bleuler (1956), etc..., et chez nous le Prof. acad. C. I. Parhon, St. Milco, le Dr Crainiceanu, L. Copelman, les époux Tomorug, etc..., à mettre en évidence les rapports des troubles de la vie sexuelle avec l'acromégalie (tel le cas de notre inverti criminel).

Nous soulignerons toutefois le rôle des divers facteurs somatiques, psychologiques et mésologiques, au cours de l'analyse clinique médico-psychologique de ce cas rare d'inversion sexuelle criminelle, rare par le grand nombre des crimes — vingt à peu près — commis uniformément pendant l'orgasme érotique.

*
**

I. S..., âgé de 32 ans, est un fils d'un paysan relativement aisé.

Antécédents hérédocollatéraux. — Ses parents, ses deux frères aînés et un oncle (frère de son père) ont été alcooliques. Par conséquent, l'enfance de notre sujet s'est écoulée au milieu d'une atmosphère mo-

rale propre aux familles d'alcooliques (disputes, querelles, actes de violence).

Antécédents personnels. — L'usage de la parole ne lui est venu qu'à l'âge de 3 ans. Pendant l'adolescence il a souffert de nombreuses années de poussées céphalalgiques qui duraient quelques jours, accompagnées de troubles visuels (vision à travers une toile) et de vertiges (« j'avais la sensation de perdre la connaissance et de tomber, mais en réalité je ne suis jamais tombé »). En échange, il a eu des crises de somnambulisme à deux reprises (« je me couchais dans un endroit déterminé et m'éveillais dans un endroit éloigné, sans pouvoir me rendre compte comment j'avais fait pour y arriver »).

Il nie l'alcoolisme et la syphilis.

L'évolution de sa vie sociale. — En raison de l'atmosphère morale existant au sein de sa famille d'alcooliques, il a abandonné ce milieu vers l'âge de 7 ans, ne fréquentant les cours d'aucune école ; préfère le vagabondage, s'engageant comme domestique ou berger journalier chez divers paysans de son village. Les engagements duraient seulement 1-2 mois ; après quelques vols, il abandonnait son maître, ainsi « jusqu'à l'âge de 20 ans, époque de mon appel en service militaire, j'ai changé environ 100 fois de maîtres ».

Entre temps il a été interné pendant six mois dans une maison de correction pour les enfants mineurs, d'où il s'est enfui, reprenant son vagabondage.

Durant son service militaire (1934-35), il n'a commis aucun délit sexuel ou d'autre nature.

A l'âge de 24 ans, il s'est marié et a eu un enfant ; une année plus tard il a divorcé et a repris sa vie de vagabond travaillant comme ouvrier journalier et débutant dans sa vie d'inverti sexuel passif, dans des circonstances au sujet desquelles nous aurons l'occasion de revenir. Deux ans plus tard, il a fait deux périodes de concentrations militaires, et pendant quelques mois il a été sur le front jusqu'au mois d'avril 1943, lorsqu'il a été démobilisé. Pendant son séjour aux armées et sur le front, il n'a pas pratiqué l'inversion, mais a préféré l'abstinence sexuelle alternant avec la masturbation.

Après la démobilisation il a repris le vagabondage et la pratique de l'inversion sexuelle passive jusqu'au commencement de la série des crimes qu'il a commis comme inverti sexuel actif.

L'évolution de sa vie sexuelle. — Dès son enfance, il a pratiqué la masturbation. Sa vie sexuelle débutant à la puberté s'est développée sous l'aspect de deux phases : hétérosexuelle et homosexuelle.

1) *La phase hétérosexuelle* : dès le début s'est manifestée en raison d'une faible intensité, à savoir :

a) il a été mis en contact avec les femmes par des jeunes amis du village ;

b) il pratiquait l'acte sexuel rarement et malgré lui ;

c) il s'est marié à l'âge de 22 ans, *forcé* par ses parents. Le mariage n'a duré *qu'une année* ; en raison de la *rareté* de l'acte sexuel et qui n'avait lieu que par *l'initiative de sa femme*, celle-ci a quitté le domicile conjugal en emportant l'enfant ;

d) *l'érection toujours faible*, il préférerait la masturbation qu'il a pratiquée dorénavant alors qu'il ne pouvait procéder à un acte inverti (pendant le service militaire, sur le front).

Durant cette phase, il n'a manifesté aucune tendance homosexuelle, ceci jusqu'en 1936, lorsqu'il commence son activité d'inverti sexuel.

2) *La phase homosexuelle* : il débute comme un prostitué *passif*, pour devenir à la fin un *inverti sexuel actif et criminel*.

a) Le début a lieu au cours de l'automne de l'année 1936, l'initiation ayant eu lieu comme suit :

Au cours d'une promenade effectuée dans un parc de Bucarest, notre sujet est accosté par un individu âgé d'environ 55 ans (fonctionnaire), lequel lui demande s'il a du travail. La réponse étant négative, en raison de son état de chômeur, l'individu ci-dessus l'invite à table dans un restaurant du voisinage, et puis il lui proposa en échange d'une somme d'argent de lui servir de partenaire passif, ce qui a été accepté, et de cette manière son premier acte d'inverti sexuel a été accompli dans le lavabo du restaurant. « Je l'ai laissé faire ayant besoin d'argent qu'il m'a d'ailleurs remis immédiatement. » De la sorte il a eu plusieurs partenaires dont il fréquentait les demeures, gagnant ainsi de l'argent et pratiquant avec ténacité d'autres perversités (cunilingus, masturbation réciproque).

Au cours de cette première phase de sa vie d'inverti passif en tant que prostitué, il a pu s'assurer une ère qui le dispensait de travailler, n'ayant d'ailleurs jamais été attiré par le travail, préférant de beaucoup le vagabondage.

En nous décrivant ses états subjectifs (psycho-affectifs), il nous déclare que pendant l'éjaculation « j'avais envie de l'étrangler (le partenaire) par plaisir, mais je craignais de le tuer et, me trouvant dans la maison, d'être appréhendé ». Ainsi est né en lui le désir de devenir *actif* : « car malgré tout, je ne suis pas une femme, mais un homme ».

b) Poussé par ce désir, il a abandonné son attitude de prostitué passif, en même temps que ses partenaires ; la deuxième phase de l'inversion commence, cette fois *active, sadique, criminelle*, qui se matérialise dès son retour du front où il était demeuré quelques mois, durant lesquels sa vie sexuelle s'était limitée à la masturbation.

De retour à Bucarest, en avril 1943, il cherche à recruter des partenaires adolescents entre 18-22 ans, qu'il trouve dans divers quartiers périphériques de la ville. En un laps de temps de 3 mois et demi (de mai en août), il a commis la première série de 12 crimes, en employant d'une manière stéréotypée et chaque fois le même système : il engageait une conversation avec un jeune homme, qui lui semblait être chô-

meur ou vagabond ; il s'offrait de lui trouver un emploi de domestique dans une ferme du voisinage. De cette manière il gagnait la confiance de sa future victime, après quoi il achetait des aliments et des boissons alcooliques, et tous deux se mettaient en route entre 2-3 heures de l'après-midi, en pleine chaleur, et quand — pour cette raison — la circulation sur la route était très réduite. Atteignant le champ et sous le prétexte de déjeuner à l'ombre, il conduisait sa victime dans le maïs où personne ne pouvait les apercevoir. Une fois le repas achevé et après avoir eu soin d'offrir à sa victime force libation, cette dernière, engourdie par l'alcool et la chaleur, tombait dans un sommeil profond ; aussitôt le criminel liait sa victime à l'aide d'une courroie et le possédait, en ayant facilement raison de sa résistance plus que faible. Pendant l'éjaculation « mes mains lui serraient le cou — déclare le criminel — sans pouvoir me maîtriser, sous l'empire d'un plaisir irrésistible, après quoi je le laissais, face contre terre, continuer son sommeil ; je n'ai jamais cherché à me convaincre s'il avait cessé de vivre ou s'il dormait, sous l'influence de la jouissance causée par l'acte accompli ».

Parmi ces douze victimes, quelques-unes lui étaient connues antérieurement. La treizième victime a réussi, en luttant, à s'échapper des mains du criminel. Les gendarmes ont été alertés et celui-ci arrêté. La première série de crimes ainsi prenait fin.

A l'occasion de la reconstitution des crimes, tous les cadavres ont été trouvés sur les lieux mêmes des forfaits, lieux indiqués avec précision par le criminel.

Après quelque temps il réussit à s'évader, commettant une deuxième série de 7 crimes aux termes du même système.

Comme membre de la commission d'expertise, j'eus l'occasion de faire l'examen psychiatrique de cet inverti sexuel criminel.

EXAMEN SOMATIQUE. — Taille : 1 m. 73. Poids : 79 kilos ; bien conformé. Type longilin athlétique avec stigmates acromégaliques. Système pileux très développé. Petits yeux exophtalmiques. Réflexes oculaires, ostéo-tendineux et cutanés normaux. Le pénis, les testicules et l'anus ne présentent aucun caractère particulier.

EXAMEN PSYCHIQUE. — Attitude calme ; légèrement dépressif, autiste, dénué de verbe, parle lentement et d'une manière monotone, avec des réponses adéquates aux questions que nous lui posons. En décrivant les événements (les crimes), il évoque le tout selon la réalité. Se laisse continuellement interroger, ne se contredit pas et ne revient pas sur ce qu'il a dit.

Les fonctions perceptives, mnésiques, l'attention spontanée, provoquée et soutenue, normales. Bien orienté dans l'espace et dans le temps, indiquant avec précision les dates, chronologiquement, des 19 crimes, le tout correspondant à la réalité. Le niveau mental diminué, la capacité intellectuelle réduite. Raisonnement normal ; au point

de vue affectif, notre sujet n'est ni familier, ni sociable ; il a toujours été pareil. Il n'a pas eu de longues amitiés, à l'exception des partenaires qui le payaient dans la phase de l'inverti sexuel passif.

La femme lui répugnait. Sens moral réduit, ne s'est pas intéressé le moins du monde à son ancienne épouse qui élevait son enfant. Aucun regret ou remords pour ses faits délictueux, pervers et criminels ; indifférence même envers les sanctions pénales que je lui ai fait connaître et qui pouvaient lui être appliquées.

CONCLUSIONS

Nous nous trouvons en présence d'un cas d'inversion sexuelle, constitutionnelle, sadique-criminelle, déterminée du point de vue du :

1) *Facteur terrain* : D'une hérédité lourdement obérée par l'alcoolisme des parents et par un état discrimique de type acroméganique. Notre sujet a souffert, enfant, de poussées céphalalgiques, vertiges, troubles visuels, états crépusculaires diurnes et nocturnes, avec manifestations somnambuliques.

2) *Facteur mésologique* : Un milieu de famille — par son atmosphère morale-intellectuelle subordonnée à des conflits répétés à tension émotive-affective consécutive (craintes, effrois), spécifiques à tout milieu d'alcooliques — ayant favorisé le caractère déficitaire de l'éducation familiale. Plus tard, les circonstances *occasionnelles* dues à l'initiation à l'acte sexuel inverti.

L'ensemble de ces déficiences hérédo-mésologiques (constitution, milieu) ont conditionné :

1) *L'abaissement du niveau mental*, comportant une véritable diminution de capacité intellectuelle, d'où l'incapacité :

de commencer à parler à temps (à 3 ans, à peine) ;

d'apprendre (il n'a fréquenté aucune école) ;

de travailler d'une manière organisée (n'a jamais pu s'encadrer dans un métier même des plus élémentaires).

2) *Le déséquilibre affectif*, d'où son vice de caractère concrétisé par des manifestations permanentes délictueuses (vols), immorales et par une inversion sexuelle exagérée jusqu'au sadisme criminel.

Ces déficiences *mentales* et *affectives* ont conditionné l'*inadaptabilité* de notre sujet aux formes de la vie sociale organisée et

morale (famille, école, travail, lois, morale, etc...), d'où l'orientation de sa vie vers le *vagabondage* qui le mettait à l'abri des *exigences* de ces formes sociales et de la *surveillance* que la société exerçait sur les individus dans le cadre de ces formes. Sous la couverture du *vagabondage*, son unique manière de vivre, il pouvait se conformer aussi bien à son *vice de caractère* et à ses *tendances impulsives vers l'aberration sexuelle sadico-criminelle*, lesquelles se sont concrétisées objectivement, ainsi que nous l'avons vu, dans une première phase d'hétéro-sexualité plutôt faible, compensée par *auto-érotisme* : masturbation, jusqu'à l'âge de 25 ans, lorsque s'ouvre la 2^e phase de sa vie sexuelle : *l'homosexualité*, au début en tant que passif, prostitué (afin de parer à son existence matérielle), pour culminer comme inverti actif, sadique, criminel, réussissant à faire 19 victimes.

Ce grand nombre de crimes ayant été accompli uniquement pendant l'orgasme érotique provoqué par l'acte inverti, l'action de strangulation étant comme une *prolongation irrésistible* et funeste de l'embrassement érotique de sa victime, imprime à notre cas un caractère de rareté dans la galerie des psychopathes sexuels criminels.

Ce caractère nous a déterminé à faire la présente communication et à la publier.

L'HISTOIRE ESQUISSEE DE LA PHYSIOGNOMONIE étudiée au point de vue psychosomatique

PAR

ALFRED BERNDORFER (Budapest, Hongrie)

C'est depuis les temps les plus anciens que la physiognomonie a occupé les gens de différents intérêts et professions : les philosophes, les poètes, les artistes, les médecins, les historiens, les naturalistes. Chacun a regardé et étudié les faits de son propre point de vue spécial, et ils ont tous tâché d'en tirer des conclusions différentes. Dans le dédale des compilations, des ratiocinations et arguties, on trouve aussi de nombreuses observations justes. Chacun d'eux est parti de la question : Quelle est la corrélation entre l'extérieur et l'intérieur de l'homme, c'est-à-dire : Comment la vie intérieure se reflète-t-elle sur l'extérieur de l'homme ? C'est par le visage qu'on peut observer la plupart des impressions sur la vie spirituelle, puisque — comme plusieurs l'ont souligné — c'est dans le visage que se trouvent la plupart des organes de sens visibles de l'homme. L'influence intérieure et extérieure exercée sur les sens ne peut rester aucunement indifférente envers le mouvement et le développement du visage. Mais la forme du visage doit avoir pareillement son influence sur l'évolution de la vie spirituelle.

Il fut reconnu déjà dans les époques primitives que les traits du visage et les caractéristiques du corps ne manquent pas de cohérence avec la vie spirituelle de l'individu. N'ayant connu ni l'anatomie, ni la psychologie humaine, les conclusions étaient surtout d'un caractère spéculatif, ne manquant pas de certaines expériences. Ils n'ont pas cherché la cause des changements de la mine, ils ont tiré leurs conclusions seulement des comparaisons. Ils avaient l'opinion que les visages de types semblables doivent cacher des caractères semblables. Par exemple, d'une

ressemblance avec un animal quelconque, ils s'imaginaient trouver aussi le caractère de l'animal dans l'homme.

Dans les us et coutumes des peuples primitifs, nous pouvons trouver les racines de quelques fonctions ancestrales. Tels sont la danse, les masques funéraires, qui sont certainement d'une origine très ancienne. Le but de ces masques effrayants était probablement d'effaroucher les ennemis, les animaux et les mauvais esprits. L'expression violente revêtue par les masques a exercé certainement un effet sur l'attitude entière de l'homme. Cette attitude guerrière, vêtue et revêtue, ne manqua pas de laisser ses traces sur le visage aussi. Il est bien possible, de même, que ce fut cette mine guerrière qui a été la primaire, et elle fut fixée secondairement sur les masques. Certains tatouages de visages ont été faits pareillement pour des motifs physiognomiques.

La déformation du crâne, qui a été une habitude chez la plupart des peuples, est explicable aussi — selon quelques commentateurs — par des causes de physiognomonie. Le crâne déformé possède habituellement un front haut qui prête de l'autorité et de la distinction au possesseur. Dans la plupart des cas, ce ne fut permis qu'aux privilégiés de déformer le crâne de leurs enfants. Il n'est pas impossible que l'origine du front haut, — symbolisant la sagesse et l'autorité —, est à expliquer pareillement par la déformation du crâne.

Les ethnologues décrivent quelques propriétés physiognomiques chez les peuples primitifs. Ainsi, par exemple, Mansfeld chez les tribus de l'Afrique Centrale, ou bien Maas chez les peuplades vivant sur l'île de Sumatra, mais surtout Gusinde chez les Pygmées : ils ont trouvé tous les trois une physionomie bien vive et une mimique extrêmement expressive. Gusinde écrit que les Pygmées sont capables d'exprimer beaucoup plus de choses à l'aide de leur mimique qu'avec des paroles. Ce sont des instincts anciens qui sont devenus conscients par suite de la vie sociale. La physionomie est donc une conséquence nécessaire de la vie en commun. C'étaient surtout les philosophes grecs qui en avaient reconnu l'importance. Déjà, la Bible indique l'importance de la mine et du visage : dans les sentences de Salomon, nous en trouvons quelques remarques. Il est écrit que l'on reconnaît l'homme raisonnable par son visage, ainsi que par ses vêtements, son rire, — bien plus, même les dents nous déclarent à un certain degré le caractère de l'homme.

Les philosophes grecs s'occupaient beaucoup de la physiognomonie. Hippocrate, le grand médecin grec, n'écrit sur la physio-

gnomonie qu'indirectement, en tant qu'il l'estime au point de vue diagnostic. Il était capable de diagnostiquer les maladies différentes à partir des changements de forme et de couleur du visage. Il savait ce que signifiait le visage cave et pâle, presque mortuaire, le « faciès hippocratica ». Il a connu le visage rubicond, violacé, caractéristique de l'hypertonie, aussi le visage maladivement bouffi. A l'aide de toutes ces connaissances, il a jeté les fondements d'une des sciences auxiliaires importantes de la diagnostique médicale.

Aristote aussi s'intéressait à la physionomie et aux rapports entre le corps et l'âme. Il décrit quelques caractéristiques physionomiques, mais il remarque qu'un ou deux traits typiques, ou bien un geste redoublé ne symbolisent pas toujours les mêmes caractères. On doit étudier et observer beaucoup de facteurs pour pouvoir reconnaître les rapports entre le corps et l'âme, et pour pouvoir établir un diagnostic juste sur le caractère.

Aristote s'est occupé de la ressemblance entre certains visages d'hommes et d'animaux. Un homme, de visage de mouton, devrait avoir un caractère de mouton ; celui qui ressemblait à un lion : féroce comme un lion ; celui de la ressemblance d'âne : stupide comme un âne, etc... Les études physiognomoniques d'Aristote exerçaient un grand effet sur les recherches physiognomonistes des philosophes grecs et même sur les époques postérieures, qui ont appris et emprunté beaucoup aux idées d'Aristote.

Démocrate attache grande importance à la mimique qui est la manifestation la plus expressive de la vie spirituelle. Héraclite étudie les corrélations entre le corps et l'âme. Parmi les philosophes grecs, ce sont Adamant, Polomon et Loxus, dont l'activité consiste premièrement à l'étude de la physiognomonie. Il est intéressant qu'ils appellent la physiognomonie presque toujours un art et non pas une science, puisqu'ils n'ont pas réussi à établir les bases scientifiques de la physiognomonie par des faits objectifs. Les observations, les expériences et la spéculation ne sont pas toujours des faits objectifs, même s'ils sont éventuellement justes.

Tous ces physionomistes ont tiré des conclusions psychiques de certaines parties extérieures du visage. Au point de vue de l'anthropologie, les descriptions sont intéressantes, car elles nous découvrent les changements de forme de l'oreille, du nez, de la bouche, des yeux et d'autres parties du visage, mais les conclusions physiognomoniques tirées de ces observations ne sont que des spéculations sans aucun fondement scientifique.

Il est intéressant de faire mention de l'anecdote physiognomonique au sujet de Socrate. Il y avait un homme nommé Zopyros qui proclama savoir reconnaître les passions de l'âme sur la mine. On lui montra Socrate, que Zopyros ne connaissait pas. En observant son visage, il constata : « Cet homme mène une vie de débauche et il est l'esclave de sa passion vers les femmes. » Alors, les gens lui racontèrent en riant que ce n'était qu'un homme sage à la vie calme. Mais Socrate donna raison à Zopyros en disant : « Cet homme n'a pas menti, car, selon ma nature, j'ai des désirs débauchés, mais, à l'aide d'une discipline consciente, j'ai réussi à être l'homme que vous connaissez. » Cette anecdote est bien intéressante, même si elle est imaginaire, parce qu'elle nous donne un aperçu de l'opinion des Grecs, que le visage est altérable consciemment par l'aide de la volonté. C'est autour de l'altération du visage et de l'expression des sentiments sur le visage que se tourna l'émulation entre Cicéron, l'orateur romain, et l'acteur Roscius. La cause de leur rivalité fut la question : Est-ce l'acteur par sa mimique, ou bien l'orateur par ses paroles, qui peut exprimer mieux un certain sentiment ?

Dans l'atmosphère mystique du Moyen Age, la science de la physiognomonie s'est trouvée chez elle. L'une des « sciences » caractéristiques du Moyen Age a été la prédiction. On a lu l'avenir dans la main, dans les étoiles, dans le front, dans les rides, dans le visage, dans différents signes superstitieux, enfin partout. Les médecins et philosophes arabes, qui ont conservé la philosophie et les sciences grecques, — augmentées de leur propre science et philosophie —, se sont occupés de la physiognomonie de préférence : surtout Kitab el Fihrist, Gregorius Bar Hebraei Syrius, Damascenus et plusieurs autres, dont les études physiognomoniques se sont reposées sur Aristote et Polémon. Les physionomistes arabes et ceux du Moyen Age ont attaché une signification même à la couleur du visage sur le caractère. C'était surtout la couleur rouge qui les occupait beaucoup.

Depuis le xv^e siècle, le nombre des physionomistes augmente, ainsi que celui des écrivains physionomistes. L'ouvrage de Jodoch Willichus est surtout digne d'attention (J. W., médecin et philologue, mort en 1552), car il y reconnaît qu'à la suite des maladies, de l'ivrognerie, se change aussi le corps, et que les changements d'humeur, l'amour, la peur, la volupté, la tristesse et le travail exercent aussi de l'influence sur les traits du visage. Paracelse mentionne aussi la physiognomonie à plusieurs reprises dans ses œuvres, mais il n'en dit rien de remarquable.

L'œuvre immense de Giovanni della Porta sur la physiognomonie est de beaucoup plus d'importance : la comparaison entre l'homme et les animaux y joue un rôle significatif. Porta s'occupe des types de visages à fond, — surtout des profils de visages —, et par cela il devient le précurseur de l'étude sur l'angle facial par Camper.

Aussi des peintres et des sculpteurs s'occupaient de la physiognomonie. Léonardo da Vinci rejette cette science en disant : « ...Je ne m'occupe ni de la physiognomonie trompeuse, ni de la chiromancie, il n'y a aucune vérité entre elles... Tous ces fantômes n'ont aucun fond scientifique. » Quant aux connaissances physiognomoniques du Moyen Âge, Léonardo en avait à peu près raison, mais il remarqua en même temps que : « ...Les traits du visage nous découvrent la nature humaine, la méchanceté aussi bien que les dispositions de l'esprit et de l'âme. » Celui qui possède des traits marquants est prédisposé aux emportements : celui-ci, possédant beaucoup de rides sur le front, subissait de dures épreuves et acrimonies. C'est ici que Léonardo souleva le problème que nous retrouverons dans le *xix^e* siècle aussi, quand les physionomistes, — suivant les fonds biologiques —, constatent que certaines humeurs ou caractères, révélés par de mêmes mouvements, se fixeront dans les mêmes traits caractéristiques sur le visage.

Les faits établis dans les « Etudes sur la proportion », d'Albrecht Dürer, sont d'une grande importance du point de vue anthropologique et physiognomonique. Dürer était l'un des premiers qui ont fait connaître les différents types du visage, de la bouche, du nez, etc..., en les classifiant plus ou moins scientifiquement. Quoiqu'il ne destina sa description que pour les artistes, elle est pourtant bien instructive pour nous, médecins aussi. Parmi les artistes, il faut encore mentionner Charles Lebrun, qui démontrait, à l'aide d'une série de dessins et d'études bien intéressantes, les différents changements d'humeur et les types de visages caractéristiques.

Les époques suivantes ont manqué de s'occuper suffisamment de Don Quichotte, de Cervantès, au point de vue physiognomonique, quoique personne ne pût nous présenter aussi véridiquement le type d'homme schizophrène asthénique, son personnage, son caractère et sa physionomie, comme Cervantès. Don Quichotte est devenu un type physiognomonique, illustré le mieux par Gustavé Doré, dans sa série de dessins excellente.

En 1575 paraît le livre de l'Espagnol Juan Huarte, avec le titre : « Examen de iigenios para las ciencias », dans lequel il

a appelé l'attention des parents et des pédagogues sur les manières de l'éducation, qui doivent être fixées selon la complexion du visage et surtout du crâne. De la forme du crâne, il croit pouvoir juger les talents de l'enfant. En substance, il affirme les mêmes choses que, — 200 ans plus tard —, Gall tâchait d'exprimer et de prouver sur des bases biologiques. Huarte chercha la connexité entre le corps et l'âme, mais ne trouva aucune explication naturaliste, parce qu'il ramena tout aux « dispositions divines », et ne rechercha pas d'autres causes. Il faut encore mentionner, au sujet du livre de Huarte, que ce fut Lessing, l'écrivain allemand célèbre, qui en a fait la première traduction allemande, et cette traduction a été le premier livre imprimé de Lessing, paru en 1752.

C'est en 1610 que parut l'œuvre de Hyeronymo Cortès, à Barcelone, sous le titre : « *Physionomia y varios secretos de naturaleza* », mais ce livre-ci ne signifie au fond rien de nouveau.

On écrivait beaucoup sur la physiognomonie aux *xvi^e* et *xvii^e* siècles aussi, mais personne ne faisait progresser cette science. Johannes Hagen, — connu dans l'histoire sous le nom « Indagine » —, aussi bien que Gratarolo écrivaient du visage sous l'influence de la mystique du Moyen Age et d'Aristote. Selon Gaspar Peucer, ce sont l'âme, le tempérament et le caractère qui forment le visage ; il parle donc de la corrélation entre le corps et la disposition d'esprit. Il a l'opinion que l'âme, le caractère et l'humeur dépendent de trois parties du corps : du cerveau, du cœur et du foie. Cette imagination était conforme au nouveau raisonnement médical du *xvi^e* siècle. C'est sur cette base que Peucer explique les changements du visage, et, par cela, il effleure déjà les questions du diagnostic médical établi par le visage.

Au cours du *xvii^e* siècle, de nombreux ouvrages de convenance et de cosmétique s'occupaient de visage humain, mais ce sont surtout la beauté et la transformation esthétique qui les intéressaient.

Le médecin hongrois Stéphen Hatvani, qui vivait au *xviii^e* siècle, explique dans son livre : « *De aestimatione morborum ex faciei* », que le visage d'un homme malade révèle beaucoup de choses, beaucoup de maladies, et on ne peut estimer comme bon médecin que celui qui est capable de les reconnaître aussi. Hatvani était parmi les premiers qui s'occupaient de la physique expérimentale. Il s'acquît de la renommée mondiale, mais le peuple superstitieux le regardait comme un magicien, l'appelait le Faust hongrois, et ses œuvres se perdaient bientôt dans l'oubli.

Un personnage typique du XVIII^e siècle était Lavater, prédicateur, artiste, écrivain, philosophe, — et fantasque. Si on parle de la physiognomonie, il faut toujours mentionner le nom de Lavater pour le premier, car son œuvre immense de quatre volumes contient tous les problèmes de la physiognomonie ; ensuite, car il a tâché d'élever cet « art » à une science. Son écrit est la manifestation d'un idéaliste philanthrope qui veut réaliser l'amélioration et le sauvetage de la race humaine à l'aide de la physiognomonie. Son œuvre éveilla l'intérêt du public. Quoiqu'il ne se repose que sur des fonds mystiques et s'engage souvent dans des prédictions, il mit pourtant en branle l'intérêt pour la physiognomonie qui avait des conséquences considérables au XIX^e siècle. C'est sous l'influence de Lavater que Goethe, Kant, plus tard aussi Schopenhauer, se mirent à s'occuper de la physiognomonie ; ainsi que Musaeus parmi les écrivains, et surtout Lichtenberg, qui ont attaqué Lavater satiriquement. Lichtenberg a marqué par sa critique coupante et ironique un chemin, qu'on peut appeler juste à plusieurs égards, bien qu'il ait réprouvé la physiognomonie.

Au cours du XIX^e siècle, les médecins et les naturalistes se mettent à s'occuper de la question. Peter Camper, — qui a jeté les nouveaux fondements de l'anthropologie —, poursuit des études à fond au sujet de certains types de visages. Dans son œuvre : « Discours sur le moyen de représenter d'une manière sûre les diverses passions qui se manifestent sur le visage », il explique que, pour pouvoir étudier les physionomies, il faut avoir non seulement une fantaisie précise, mais aussi que la connaissance exacte du squelette, même des nerfs et des muscles, est indispensable. Camper saisit la question de la physiognomonie par la physiologie.

Gall, — le contemporain tardif de Camper —, ne s'occupait que des crânes, malgré les avertissements de Camper ; il jeta les bases de la crâniologie, qu'on a appelée plus tard la phrénologie. Gall était de l'avis que chaque sentiment, caractère, humeur ou science a son propre central dans le cerveau et que le développement et l'agrandissement de ces centraux exercent une pression sur le crâne et y laissent une marque visible. En explorant ces protubérances crâniennes par palpation, on peut constater le caractère de l'individu examiné. La théorie de Gall se montra erronée, mais c'est Gall et Lavater qui ont le mérite d'avoir éveillé l'intérêt pour les recherches des rapports entre le visage, la complexion et le crâne, d'autre part la psyché et la capacité intellectuelle. Beaucoup de médecins éminents du

xix^e siècle se mirent à s'occuper de la biologie des nerfs et du cerveau, non plus sur des fonds mystérieux, mais sur la base de l'observation et de l'expérience surtout.

La crâniologie de Gall avançait grandement la fondation scientifique de l'anthropologie. C'est sans doute sous l'influence de Gall que Broca, le grand anatomiste français, devenait fondateur de l'anthropologie moderne. La plupart des anatomistes étudiaient dès lors l'anatomie du crâne et du visage par le détail, dont l'importance physiognomonique s'est montrée par exemple dans l'activité de His, Kellmann, Welcker, Schaffhausen, etc..., qui ont tâché d'induire du crâne des individus généralement connus à leurs physionomies. Ils ont modelé les parties molles du visage sur le crâne et c'est comme ça qu'ils ont tâché de rétablir leurs portraits.

Les œuvres physiognomoniques parues au cours des xix^e et xx^e siècle, — sans en compter quelques-unes —, ne disent d'autres choses que ce qu'on a décrit déjà depuis Aristote en différentes formes. Gratiolet, dans son œuvre « Sur la physionomie », publia des discussions sur la biologie des mouvements d'expression faciale. Sancte de Sanctis s'occupe de la mimique du visage en décrivant par le détail quelles traces définitives laissent les humeurs différentes sur la mine. Lange, Krukenberg et surtout Piderit examinent les visages du point de vue médical et tâchent d'en tirer les conclusions diagnostiques. Bien que ni l'un, ni l'autre ne puisse se débarrasser de l'habituelle prédiction par le visage, ils montraient pourtant de nouveaux chemins. Aussi, Darwin a enrichi cette science par une œuvre précieuse et intéressante, dont le titre était : « L'expression des émotions chez l'homme et les animaux ». Il examine les hommes et les animaux sur la base de l'histoire naturelle, dans leurs dispositions différentes, et examine aussi l'effet de la disposition exercée sur le corps.

Il serait bien long de faire connaître la littérature immense de la physiognomonie, même approximativement. Le nombre des livres, articles et études écrits sur la physiognomonie s'élève à plusieurs centaines, même à plusieurs milliers ; cela prouve qu'un intérêt se montrait pour la physiognomonie à chaque époque jusqu'à nos jours. On n'a pas encore réussi à élever cette science-art par une critique objective à une science auxiliaire médicale ; nous en trouverons la cause dans le fait que ce sont les médecins qui s'occupent relativement le moins de la question. La spécialisation exagérée des branches ne laisse pas de temps pour examiner profondément le visage de l'individu, d'au-

tant moins qu'on ne peut pas contrôler les résultats des expériences sur animaux, qui sont aujourd'hui tellement à la mode.

Parmi les branches médicales nouvelles, c'est la partie esthétique de la chirurgie plastique qui est obligée de s'occuper des physionomies en général et de la physiognomonie en particulier. La chirurgie plastique est à certains égards une expérience physiognomonique qui montre comment la disposition de l'âme et l'humeur peuvent être déformées par une taille ou bien par un visage qui diffère de la moyenne habituelle, et comment la disposition de l'âme se changera après l'opération plastique. Les changements de visages, qui diffèrent à une certaine mesure du normal, peuvent causer des troubles de l'âme, des inhibitions et des sentiments minoritaires. Ces inhibitions se reflètent sur le visage, mais la nouvelle forme gagnée par la chirurgie est capable de changer cette physionomie de la manière que le « malade » s'est imaginée. On peut tirer la conclusion de ces expériences physiognomoniques-chirurgicales que la physiognomonie doit être posée sur des bases de sciences médicales, car c'est le seul chemin pour que la physiognomonie devienne une science auxiliaire indispensable.

Le but de ma conférence a été d'appeler l'attention sur cette science très ancienne, qui est peut-être la plus négligée parmi toutes les sciences naturelles médicales, bien qu'on s'occupe d'elle depuis les temps les plus anciens. La liaison entre l'âme et le corps humain est déjà incontestable de nos jours ; il est bien naturel que le visage, — la partie du corps la plus caractéristique —, ne peut former une exception à cette connexion psychosomatique non plus ; au contraire, il l'exprime le plus manifestement. C'est nous, chirurgiens plastiques, qui le voyons le mieux. Moi aussi, j'ai tâché de révéler par plusieurs études quelles possibilités la chirurgie plastique possède pour transformer le visage et pour guérir par cela certaines « maladies » liées au visage. Mais ce n'est pas seulement pour les chirurgiens plastiques que l'étude psychosomatique de la formation du visage est intéressante, instructive et nécessaire, mais aussi pour tous les médecins pratiquants. Et, que cette science auxiliaire a bien sa raison d'être est prouvé par son passé historique que j'ai tâché de démontrer à grands traits.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 23 juin 1958

Présidence : M. Michel CÉNAC, président

Décès du D^r Paul COURBON (1879-1958)

M. Michel CÉNAC. — Mes chers collègues, nous avons appris avec peine, il y a quelques semaines, la disparition de notre collègue, le D^r Paul COURBON, ancien secrétaire général de notre Société, décédé le 15 mai dernier. Depuis plusieurs années, il assistait moins régulièrement à nos réunions, ce que nous déplorions, mais nous restions fidèles au souvenir d'un ami dont nous avions pu estimer l'ardeur et l'enthousiasme au cours d'une si riche carrière.

Né à Saint-Etienne, le 11 août 1879, il avait été guidé dans sa formation classique et médicale par son père, le D^r Léon COURBON, à la grande érudition, aux remarquables dons de polyglotte, ancien interne des hôpitaux de Lyon. Après des études médicales dans cette dernière ville, dont il fut externe des hôpitaux, Paul COURBON fut nommé interne des asiles de la Seine et s'orienta définitivement vers la psychiatrie. Admis en 1907 au concours du médicat, il exerça son activité dans différents établissements de province, avant d'entrer dans la Seine, où il fut chef de service à Vaucluse et enfin à Sainte-Anne.

Tout au long des années, ses travaux scientifiques se multipliaient. Ils étaient marqués par des qualités de clarté, de sagacité clinique et aussi, héritage familial, par une érudition littéraire, artistique et historique qui agrémentait et éclairait l'exposé. Ces divers traits, on les retrouve dans sa thèse de Lyon, consacrée à une « Etude psychiatrique de Benvenuto-Cellini ». De très nombreuses publications se succédèrent, dans diverses revues médicales psychiatriques, psychologiques, et à l'occasion de congrès. Déjà membre de la Société clinique de médecine mentale, Paul COURBON entra à la Société médico-psychologique, en qualité de membre correspondant en 1916, devenant membre titulaire dix ans plus tard. Il en fut l'actif et dévoué secrétaire général de 1936 à 1940.

C'est ici qu'il donna, soit seul, soit avec des collègues ou avec ses internes, le plus grand nombre de ses publications, les défendant avec ardeur au cours des discussions. De nombreux mémoires furent publiés dans les *Annales médico-psychologiques*, auxquelles il réservait ainsi, pour le plaisir de tous, le récit coloré et vivant des congrès tenus en divers points de France ou de

l'étranger. Ses travaux concernaient les sujets les plus variés, de clinique psychiatrique ou neurologique (il était membre de la Société de neurologie), de psychologie, d'assistance ou de législation, mais on connaît la prédilection particulière de notre collègue pour les problèmes de séméiologie. Ayant épousé la fille des D^{rs} Alice et Paul Sollier, il avait publié avec ce dernier une classique « Pratique séméiologique des maladies mentales », remarquable par la clarté des descriptions et la finesse des distinctions diagnostiques. Rappelons pour mémoire qu'il fut le premier à enregistrer sur magnétophone l'expression verbale des malades aliénés et qu'il fut l'un des promoteurs du service de neuro-chirurgie de Sainte-Anne.

Tous conservent le souvenir des traits de la personnalité de Paul COURBON, de son flair clinique, appuyé sur une sémiotique rigoureuse, de son humeur enthousiaste, de sa vivacité d'esprit, de sa capacité inépuisable d'ardeur et aussi d'indignation, traduisant une grande sensibilité. Nous savons combien il se dévouait à ses malades, à ses amis, à ses internes. Tous nous pouvions apprécier l'étendue de sa culture, la variété de son érudition enrichie sans cesse par de vastes lectures et de nombreux voyages. C'est avec d'autant plus de peine que nous déplorons maintenant sa disparition. Elle touche tous ses amis, tous ses élèves, tous ceux qui l'ont connu et aimé ou ont apprécié ses travaux, mais elle n'empêche pas son souvenir de demeurer vivant et fidèle chez tous.

A sa chère épouse, à tous les siens, à son neveu, notre collègue Victor-Jean DURAND, nous adressons nos condoléances les plus sincères et l'assurance de notre sympathie.

Election d'un membre correspondant national

Après audition d'un rapport de M. L. LE GUILLANT, au nom d'une commission composée de MM. BEAUDOUIN, DAUMÉZON et LE GUILLANT, rapporteur, le D^r Pierre BAILLY-SALIN est élu membre correspondant national par 12 voix sur 15 votants.

1^{re} PARTIE

COMMUNICATIONS

Recherches biologiques récentes à propos de l'étiologie de la schizophrénie, par M. P. D. MASTROGIOVANNI, médecin-assistant de l'Université de Naples.

Messieurs, c'est un très grand honneur pour moi d'avoir la possibilité de dire quelques mots dans cette très illustre Société, et surtout de dire ces quelques mots sur un des problèmes qui a intéressé et qui intéresse toujours la plupart des psychiatres, des neurologistes et des médecins du monde entier.

Nous avons eu l'honneur, ici, d'écouter les plus grands noms de la psychiatrie française, qui nous ont exposé très brillamment leurs points de vue sur les problèmes de la schizophrénie. Nous avons eu le plaisir d'écouter les noms de Buscaino et de son école cités, soit pour leur accord partiel avec ces recherches et ces idées, soit, quelquefois, pour une critique un peu dure (rappelons à ce propos l'exposé très important fait par l'illustre M. Guiraud). C'est pour cela que nous avons pensé à dire quelques mots sur le point de vue de l'Ecole de Naples et surtout sur les recherches récentes qui sont actuellement à l'étude à Naples et qui montrent le problème de l'étiologie de la schizophrénie sous un angle particulier.

Buscaino a, depuis plus de trente ans, avec la toxicité de l'urine des schizophrènes et avec l'étude des troubles métaboliques et assez fréquemment anatomiques que l'on trouve chez ces malades, démontré l'intervention des troubles métaboliques dans la symptomatologie schizophrénique. Les recherches successives conduites par Buscaino, Longo, Péro, Platania et par Buscaino J., par Kemali et par de nombreux autres auteurs, ont démontré d'une façon très nette les troubles du métabolisme des amino-acides, et en particulier des dérivés du métabolisme de l'indol. Il va sans dire que le rôle joué dans ces questions par le système hépatique et par le système hépato-intestinal est un rôle très important.

Dans la récente communication au congrès de Zurich, Buscaino a repris le problème avec une documentation précise et bien développée et a indiqué, encore une fois, l'importance de tous ces troubles métaboliques dans l'évolution de la maladie schizophrénique. Il pense en effet que la schizophrénie est une maladie avec tous les caractères de la maladie, et pour cela avec une étiologie, une pathogénie, une anatomie pathologique (sur laquelle les travaux de Buscaino sont bien connus à propos des altérations particulières trouvées dans le cerveau des schizophrènes, soit au cours de la maladie, soit au début de la maladie même), et naturellement avec une symptomatologie qui est la conséquence de ces prémices et aussi avec une thérapie qui n'est pas encore mise au point mais qui est la conséquence des recherches déjà faites et qui est toujours adressée aux prémices biologiques mêmes, qui sont à l'origine du processus psychopathologique.

C'est dans cet état d'esprit que nous avons, depuis plusieurs années, commencé des recherches sur l'action pathogénique exercée par les liquides biologiques des schizophrènes. Nous avons commencé par étudier le liquide céphalo-rachidien et le sérum du sang de ces malades sur les œufs embryonnés de poulet de neuf à dix jours de vie. Après plusieurs années d'expérience, on trouve que le liquide céphalo-rachidien (surtout chez des malades ayant eu une atteinte aiguë plus fréquemment catatonique, et aussi dans quelques cas d'hébéphrénie ou de schizophrénie paranoïde, mais évoluant en concomitance avec des épisodes hépato-intestinaux aigus) détermine la mort progressive de ces embryons inoculés. Cette mortalité va en augmentant de plus

en plus dans les passages successifs du liquide allantoïdien des embryons infectés dans d'autres embryons non infectés. La mortalité est toujours accompagnée d'une symptomatologie particulière qui commence par des hémorragies à la périphérie des gros vaisseaux, se continue par la formation de caillots intraveineux et se termine avec la destruction nécrotique du foie des embryons, et en général on obtient le maximum entre le septième et le huitième passage. Nous avons observé que ce liquide allantoïdien du huitième passage (dérivé d'une première inoculation de liquide céphalo-rachidien pathologique), inoculé dans la chambre antérieure des yeux des souris blanches, détermine des troubles centraux à type de paralysie du train postérieur et mort par encéphalite hémorragique. Le même liquide inoculé par voie intrapéritonéale chez le cobaye détermine la mort du cobaye avec une symptomatologie intermédiaire entre la septicémie et la toxicose généralisée.

Les mêmes recherches conduites sur le liquide céphalo-rachidien originel ont démontré que la même action ne se détermine pas chez les souris et chez les cobayes et on peut considérer presque négative l'action pathogénique du liquide céphalo-rachidien non traité. Il faut savoir que chaque fois que le liquide allantoïdien ou le liquide céphalo-rachidien étaient utilisés, nous y ajoutions des antibiotiques (pénicilline et streptomycine) et toutes ces recherches étaient faites avec le maximum de stérilité et selon les techniques virales. L'étude de ce liquide allantoïdien du huitième passage et de l'homogénéisation des yeux des souris blanches inoculées avec ce liquide même au microscope électronique suivant les techniques habituelles, a démontré la présence de corpuscules ressemblant aux corpuscules viraux. Ces données ont été déjà publiées avec des planches explicatives. En général, donc, on peut dire que le premier passage du liquide céphalo-rachidien pathologique sur les embryons de poulet a déterminé la potentialisation d'un facteur inconnu, mais qui est présent dans le liquide céphalo-rachidien de malades et qui trouve sa démonstration dans l'action pathogène, même exercé sur les embryons. Les recherches successives conduites sur les cultures des cellules vivantes, et plus précisément sur les cultures des tissus du rein de singe-adulte, ont démontré encore une fois d'une façon absolue que le liquide céphalo-rachidien, les liquides de lavage buccal et les liquides de perfusion du tampon introduit dans le rectum des schizophrènes déterminent une action cyto-pathogénétique sur les cellules cultivées des reins de singes. Cette action consiste en un état d'inhibition cellulaire, en des phénomènes de dégénération, jusqu'à la destruction complète de la cellule, qui subit parfois un phénomène assez semblable au ballonnement. Cette action, dans les passages successifs du milieu de culture des tubes traités avec le matériel pathologique dans de nouvelles cultures, devient plus nette et plus rapide. Le liquide allantoïdien des embryons du huitième passage, obtenu selon la technique que nous avons déjà citée plus haut, inoculé dans des

tubes des reins cultivés, démontre une action sur les cellules beaucoup plus marquée et rapide. Par contre, le liquide de culture traité par le liquide céphalo-rachidien pathologique inoculé dans les embryons de poulet démontre une action également pathologique sur les embryons mais pas très évidente.

On peut donc dire que le passage du liquide céphalo-rachidien dans les embryons de poulet augmente la puissance pathologique du liquide céphalo-rachidien même, mais que le passage du liquide céphalo-rachidien primitif dans les cultures du tissu rénal du singe n'augmente pas sa puissance pathologique.

En conclusion, on peut donc affirmer que dans les prélèvements biologiques des schizophrènes, et précisément dans le liquide céphalo-rachidien dans le liquide de lavage buccal, dans les tamponnements du rectum, il existe un facteur probablement vivant. Celui-ci se manifeste par une potentialisation de sa présence pathogénétique à travers les passages successifs sur les embryons de poulet, et cet élément inconnu se trouve plus fréquemment dans le liquide céphalo-rachidien et dans le liquide de lavage buccal que dans le tamponnement du rectum. Les recherches effectuées au microscope électronique ont démontré la présence de corpuscules de virus semblables.

*
**

Naturellement, sans dire absolument que la schizophrénie est une maladie causée par des virus, il faut bien analyser et étudier ces données obtenues par ces nouvelles méthodes de recherches. Ces données, en effet, confirment, et dans le même temps se comportent comme un trait d'union entre les anciennes recherches effectuées par diverses écoles, et qui ont encore aujourd'hui la vigueur de l'actualité, c'est-à-dire la démonstration faite par M. Baruk d'une colibacillose tout à fait particulière chez les schizophrènes, et en particulier chez les sujets catatoniques, trouve sa confirmation dans les anciennes recherches de M. Buscaino qui, en démontrant une pathologie intestinale particulière chez les schizophrènes, a clairement confirmé une série de dysmétabolismes des amines, lesquelles jouent un rôle très important dans la pathogénie de la maladie.

Les dernières recherches dont nous avons parlé, en démontrant la possibilité d'un facteur vivant se trouvant au niveau du névraxe et au niveau de l'appareil intestinal, trouvent aussi une confirmation dans les recherches anciennes déjà citées.

Sans faire de la philosophie, nous pouvons donc penser qu'en réalité la colibacillose bien démontrée par Baruk et la pathologie intestinale démontrée par Buscaino sont toutes les deux une réalité sur le plan biologique et, soit successivement, soit simultanément, favorisent le résultat final du passage du niveau intestinal au niveau du névraxe du facteur vivant déjà démontré.

En conclusion, ces « quid », en agissant au niveau cellulaire, déter-

minent des dysmétabolismes particulièrement développés dans les amino-acides, qui ont pour ressemblance d'être à la base du processus schizophrénique.

J'espère, très honorés confrères, vous avoir illustré des éléments biologiques d'une démonstration absolument claire. Pour notre Ecole, ces éléments biologiques sont des éléments très importants, mais sans faire du tort à personne nous ne disons pas qu'il n'existe pas de schizophrénie sur un plan absolument uniquement psychologique, nous disons avec notre mentalité biologiste que les données que nous trouvons sont des réalités qui ne peuvent pas être ignorées et que ces réalités sont naturellement une invitation à chercher biologiquement aussi dans le cas dans lequel tout semble être en rapport avec la psychologie.

Service du professeur Buscaino

Clinique des maladies du système nerveux de l'Université de Naples

Traitement des dépressions mélancoliques par la lévomépromazine (7044 R. P.)*, par MM. G. COLLIER et A. MARTIN.

Submergées par un envahissement toujours progressif de neuroleptiques, les indications respectives de chacun d'eux sont encore difficiles à préciser. Régulièrement, sont publiés les succès de ces diverses amines, dérivées de la phénothiazine, avec pour chef de file la chlorpromazine, dont les inconvénients ont été minutieusement décrits. Parmi toutes ces drogues, la lévomépromazine a attiré notre attention : administrée à doses moindres que la chlorpromazine, elle aurait donné des succès remarquables, et ceux-ci, avec une tolérance infiniment meilleure. Selon certains auteurs, la lévomépromazine aurait en particulier une action efficace dans la psychose jusqu'ici la plus rebelle aux neuroleptiques : la mélancolie.

Tout en l'essayant de manière éparse dans différentes psychoses, avec des succès remarquables ou des échecs tout aussi nets, nous avons essayé de vérifier sa vertu curative tout spécialement dans les états mélancoliques. C'est ainsi que la lévomépromazine a été expérimentée de façon systématique chez toutes les mélancoliques de notre service de femmes, depuis le mois de novembre 1957, soit vingt-trois cas.

Les 23 malades peuvent se répartir ainsi :

4 accès de stupeur mélancolique (1, 2, 3, 4),

4 mélancolies anxieuses (5, 6, 7, 22),

9 dépressions mélancoliques simples (9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18),

* Commercialisé sous le nom de « nozinan » par les laboratoires Spécia.

- 1 accès avec éléments atypiques de structure obsessionnelle (23),
- 3 mélancolies délirantes (19, 20, 21),
- 1 mélancolie chronique (12),
- 1 accès mixte (8).

5 seulement venaient pour la première fois. Huit fois ces accès étaient survenus au cours de difficultés d'ordre divers. Quatre fois l'hérédité similaire a pu être vérifiée. Parfois se trouvaient associés une imprégnation éthylique ou un certain degré de débilité mentale.

Seules sont restées alitées les mélancoliques stuporeuses. Sauf dans un cas, la voie orale a été seule employée : le 7044 R.P. fut administré à la dose journalière moyenne de 150 mg., répartie en trois prises égales le matin, à midi et le soir. Les fortes doses ne furent atteintes que progressivement pour tâter la susceptibilité du malade. Les effets secondaires du médicament furent dans certains cas corrigés par les antiparkinsoniens de synthèse (surtout l'artane) et par l'heptaminol. Les comprimés furent donnés dissous.

Dans 1 cas, le 7044 R.P. fut administré par voie intramusculaire, selon le principe que 25 mg. du produit injectable, soit une ampoule, équivalant sensiblement, au point de vue activité, à 50 mg. *per os*, soit deux comprimés.

Nous avons classé nos 23 cas en échecs, améliorations et guérisons, soit 11 échecs, 2 améliorations, 10 guérisons.

LES ECHECS

OBSERVATION 1 (mélancolie stuporeuse). — Mme B., Suzanne, couturière, 2^e internement pour accès de stupeur mélancolique s'exprimant par une mimique triste, un ralentissement psychomoteur et un mutisme complets, de l'oppositionisme et un refus d'alimentation, de l'insomnie.

Pendant onze jours, cette malade reçoit 100 puis rapidement 250 mg. de la drogue, sans résultat ; puis, pendant cinq jours, 300 mg. de chlorpromazine, sans plus de succès.

Les neuroleptiques sont alors supprimés au profit d'une série d'électro-narcoses. Dès la troisième séance, c'est une véritable résurrection. Les oédèmes ont disparu, les règles réapparues... La malade, qui était entrée le 2 janvier 1958, sort guérie le 16 février, après dix électro-narcoses.

OBSERVATION 2 (mélancolie stuporeuse). — Mme G., Françoise, 36 ans, est internée pour la troisième fois le 6 décembre 1957, frappée d'un accès de stupeur mélancolique. Son faciès est figé. Son semi-mutisme et son ralentissement psychomoteur profond rendent difficile tout contact avec elle. Sa mère est décédée mélancolique.

La malade reçoit d'emblée 200 mg. de 7044 R.P. associés à de l'heptaminol. Quinze jours après, l'amélioration qui s'était fait sentir au début se maintient, mais ne s'accroît pas. Pour cette raison, et vu les signes d'intolérance, on abaisse la dose à 75 mg. et la malade est soumise à une série de 11 électrochocs entre le 25 janvier 1958 et le 10 mars. Le 16 mars, la malade paraît guérie et les 75 mg. de 7044 R.P. qui lui restaient sont supprimés. La malade sort, guérie, le 16 mars 1958.

Il est à noter que l'association signalée par certains auteurs comme dangereuse, du nozinan avec les électro-chocs, a été remarquablement bien supportée.

OBSERVATION 3 (mélancolie stuporeuse). — Mme R... Andréa, 31 ans, est internée pour la troisième fois, pour accès de stupeur mélancolique avec mutisme complet, refus d'aliment, mimique anxieuse, inactivité complète. Cet accès est en rapport avec un accouchement récent, la malade allaitant encore son enfant avant l'admission.

Dans les antécédents familiaux, on remarque la mère, qui fut internée en 1927 pour accès confuso-maniaque.

Les cinq premiers jours, il fut administré *per os* 150 mg. de 7044 R.P., puis pendant trois jours 75 mg. par voie intramusculaire matin, midi et soir.

La malade, nullement améliorée et présentant un trismus gênant l'alimentation, toute thérapeutique est suspendue. La malade est alors par la suite soumise à une cure de chlorpromazine bien supportée et s'améliore lentement et progressivement. Pas d'électro-chocs. La durée de ce troisième accès fut identique à celle des accès précédents. La malade sort le 31 mars 1958, après trois mois d'hospitalisation. Il est donc logique de parler ici de guérison spontanée.

OBSERVATION 4 (mélancolie stuporeuse). — Mme R... Suzanne, 44 ans, cultivatrice, est internée pour la quatrième fois le 3 août 1957. Cette malade, qui présente un accès mélancolique sur un fond de débilité mentale légère, s'aggrave subitement le 3 septembre 1957, alors qu'elle prenait régulièrement 200 mg. de chlorpromazine par jour. Son état se caractérise alors par un comportement presque stuporeux : amimie, semi-mutisme, inertie totale et de l'insomnie.

Pendant trois jours, elle reçoit 150 mg. par jour de lévomépromazine puis 300 mg. pendant vingt jours, associés à de l'heptaminol et de l'artane. Aucune amélioration ne se fait sentir, c'est pourquoi le 7044 R.P. est abandonné. La malade subit alors une série de 14 électro-chocs entre le 30 décembre et le 14 mars. Actuellement, la malade est guérie.

OBSERVATION 5 (mélancolie anxieuse). — Mme D... Antoinette, 49 ans, mélancolie apparue au cours de difficultés réelles à propos d'un héritage. A son entrée, le 14 novembre 1957, elle présentait une anxiété intense, du mentisme, des réponses à côté et parfois une légère obnubilation. Elle fait part de nombreuses craintes et regrets sans aller jusqu'à l'auto-accusation ou au désir de mourir, mais elle montre de la tristesse, et s'adresse des reproches à elle-même.

Pendant douze jours, la malade reçoit du 7044 R.P. aux doses de 150 mg. les trois premiers jours, puis 300 mg. par jour pendant dix jours.

Aucune amélioration ne se manifeste. En outre, malgré l'association avec de l'artane et de l'heptaminol, il se produit un syndrome neurologique de type extrapyramidal nécessitant l'arrêt du 7044 R.P. en raison de l'intensité des malaises et des difficultés alimentaires qu'ils entraînent.

La malade fut ensuite soumise à une série d'électro-narcoses, associées à du laudanum, vu l'anxiété intense et dominant toute la scène clinique. Actuellement bien améliorée, elle s'achemine lentement vers la guérison.

OBSERVATION 6 (mélancolie anxieuse). — Mme D... Marie, 61 ans, avait déjà

été internée une première fois en 1957, pendant deux mois, et soumise à la sismothérapie. A nouveau hospitalisée le 26 avril 1958, elle présente une amélioration anxieuse, avec tristesse morbide, idées d'incurabilité, hantise du lendemain, refus d'aliments, angoisses, pleurs et insomnie.

Elle reçoit d'abord 75 mg. *pro die* de lévomépromazine pendant une semaine puis 150 mg. pendant trois semaines. Une légère sédation est obtenue, la malade s'alimente et dort. Cependant, cette amélioration ne progresse pas et l'augmentation des doses est mal tolérée. Le 23 mai, le traitement est arrêté, et les électro-chocs transforment rapidement la malade, qui est en voie de guérison.

OBSERVATION 7 (mélancolie anxieuse). — Mme J... Marie, 61 ans, est hospitalisée le 25 mars 1958. En 1939, elle avait déjà fait un accès mélancolique dont la guérison ne survint qu'après six ans d'hospitalisation.

A son entrée, la malade présente de la tristesse, des idées d'incurabilité, des craintes hypocondriaques, une réduction de l'activité. Il y a une euphorie paradoxale intermittente.

Soumise à 75 mg. de lévomépromazine puis à 150 mg. au bout de sept jours, la malade fait deux tentatives de suicide et présente une anxiété intense et rebelle. Le nozinan est abandonné le 9 mai au profit de l'association stémét-il-laudanum, sans résultat. Le 31 mai, on commence une série de chocs. Au troisième, mort par syncope respiratoire, la malade n'ayant pu être ranimée ; décès imputable à l'injection intraveineuse de nesdonal avant l'électro-choc.

OBSERVATION 8 (accès mixte). — Mme P... Marguerite, 48 ans, est une périodique connue de longue date (internements répétés à l'hôpital Sainte-Anne et aux asiles John-Bost à La Force).

Cette malade fut hospitalisée une première fois à Vauclaire fin 1957 pour accès mixte. La guérison spontanée fut obtenue en un mois.

Le 30 avril 1958, récurrence, nouvel accès mixte. La malade reçoit 75 mg. de lévomépromazine pendant cinq jours, puis 200 mg. pendant un mois avec de l'heptamyl. A partir du 2 juin, doses dégressives, la malade revenant à son état normal. La guérison aura donc été spontanée, si l'on compare la durée de l'accès à celle de la crise antérieure.

OBSERVATION 9 (mélancolie simple). — Mme L... Berthe, 49 ans, cultivatrice, entre dans le service le 9 décembre 1957 pour la deuxième fois. Périodiquement déprimée, tous les quatre à six ans, elle présente une tristesse morbide, des idées d'indignité, de découragement, des crises de larmes et de l'insomnie.

Dans les antécédents familiaux, on note le décès d'un frère en 1928, à l'âge de 17 ans, par suite de cachexie. C'était un schizophrène.

Pendant trois semaines, la malade reçoit 275 mg. de 7044 R.P. (les deux premiers jours : 200 mg.), associés à de l'artane et de l'heptaminol. L'amélioration est telle que sa sortie est envisagée. Mais alors, bien que le nozinan n'ait pas été interrompu ni diminué, il se produit une rechute caractérisée par des idées d'indignité, de culpabilité, de découragement, de l'insomnie. L'activité redevient négligeable.

Cette thérapeutique est abandonnée. Une série de neuf électro-narcoses guérit rapidement la malade, qui sort le 5 mars 1958.

OBSERVATION 10 (mélancolie simple). — Mme M... Aimée, 61 ans, est hospitalisée le 18 avril 1958 pour accès mélancolique caractérisé par une profonde tristesse, du découragement, des idées d'incurabilité. L'idéation est extrêmement ralentie, l'inertie complète, avec confinement au lit, l'insomnie tenace. Avant son hospitalisation, elle aurait pris du nozinan, mais irrégulièrement (elle rejetait les comprimés, retrouvés ultérieurement par la famille).

Cette malade avait eu deux accès antérieurs, traités par électro-chocs, ayant duré en moyenne deux mois.

Cette malade reçoit, dès son entrée, 75 mg. par jour de lévomépromazine, puis quinze jours après 150 mg. L'état mental de la malade s'aggravant, en particulier l'inertie et la bradypsychie, la malade doit être à nouveau soumise aux électro-chocs.

OBSERVATION 11 (mélancolie simple). — Mme P..., 52 ans, cultivatrice, avait eu un premier accès en 1957. Traitée par les électro-chocs, son hospitalisation avait duré un mois et demi. Fin mars 1958 survient un nouvel accès caractérisé par de la tristesse morbide, du découragement, des idées d'incurabilité, un ralentissement important de l'activité ; la malade, dès le 3 avril, est traitée par des doses lentement progressives de lévomépromazine, car le médicament provoque ici de la somnolence diurne et de l'asthénie. Au dixième jour, la malade reçoit quatre comprimés par jour. Après avoir récupéré son sommeil, puis retrouvé son activité, la malade voit disparaître les autres symptômes. Le 21 avril, la malade, considérée comme guérie, (dose totale reçue : 1 g. 375 en 18 jours), cesse toute médication. Mais alors une rechute se produit. La malade est hospitalisée fin mai et, après six électro-chocs, il ne persiste plus qu'une asthénie légère, la sortie est envisagée.

AMELIORATIONS

OBSERVATION 12 (mélancolie chronique). — Mme M... Joséphine, 59 ans, sans profession, est revenue à Vaulaïre le 3 octobre 1956. Elle présente depuis 1954 une mélancolie chronique qui a résisté à toutes les tentatives thérapeutiques. Inerte, elle présente des idées d'indignité, un refus d'alimentation.

Dans les antécédents, on note une néphrite hématurique en 1951, sans séquelle.

Le 3 janvier 1957, on substitue au largactil (200 mg. sous forme de suppositoires) du nozinan, à la dose de 150 mg. Il n'y eut ni amélioration, ni aggravation. Il est cependant nécessaire de maintenir la malade à cette dose, bien tolérée. Toute diminution a pour conséquence une aggravation immédiate, toute augmentation provoque l'apparition d'un syndrome neurologique de type extrapyramidal malgré des essais de correction des troubles par des antiparkinsoniens.

L'électro-choc, contre-indiqué pour fracture récente, n'a pu être tenté, mais avait antérieurement échoué. La malade demeure donc dans le service, maintenue dans un état d'équilibre précaire.

OBSERVATION 13 (mélancolie simple). — Mme G... présente un deuxième accès de dépression mélancolique simple. Elle bénéficie d'une cure ambulatoire de 7044 R.P. D'abord trois comprimés par jour pendant trois semaines

pour tâter la susceptibilité, puis 125 mg. La malade est rapidement améliorée ; s'il persiste encore une asthénie légère, de la tristesse, elle a retrouvé en partie son activité, son appétit et son sommeil.

GUERISONS

OBSERVATION 14 (mélancolie simple). — Mme L... Maria, 63 ans, est internée le 3 juillet 1957 pour un accès mélancolique, apparu au cours de diverses déceptions d'ordre familial. Son état se caractérise alors par de la tristesse morbide, des craintes hypochondriaques, de l'asthénie, une réduction importante de l'activité, de l'anorexie, des idées de suicide et des manifestations névropathiques.

Quelques électro-chocs associés au stémétil l'améliorent, mais l'humeur reste encore morose. Cependant, elle sort, non guérie, le 16 octobre 1957.

Elle réintègre le service le 27 novembre, dans un état analogue à celui du 3 juillet.

C'est alors que le 7044 R.P. est essayé, qui amène une transformation remarquable de la malade, dont tous les signes dépressifs disparaissent en même temps qu'elle devient indifférente aux problèmes qui la préoccupaient, acceptant l'idée de son foyer, sans ses enfants.

Les posologies furent les suivantes : en huit jours, les doses sont progressivement augmentées de 150 mg. à 300 mg., dose journalière absorbée par la malade du 7 décembre au 24 janvier (avec artane et heptaminol). Une amélioration se dessine au vingtième jour du traitement et la guérison est obtenue le 24 janvier. La posologie fut rapidement régressive jusqu'à l'arrêt du médicament.

La malade quitte le service guérie, le 8 février 1958.

OBSERVATION 15 (mélancolie simple). — Mme P... Françoise, 53 ans, sans profession, est internée le 22 novembre 1957 pour état dépressif mélancolique avec tristesse, idées de suicide, repliement sur soi-même, quelques idées de persécution mal systématisées, de l'insomnie. Par ailleurs, la malade se montre méfiante, mais il faut noter la présence d'une cécité avec atrophie optique post-névritique bilatérale, et une hypoacousie.

Dans les antécédents, on remarque le père, décédé à l'âge de 78 ans d'un ictus, d'une sœur signalée atteinte d'un état dépressif non précisé, une cousine internée pour psychose hallucinatoire chronique.

Les 35 premiers jours, la malade reçoit 150 mg. du produit, puis 75 mg. pendant quatre jours. Le traitement est alors arrêté le 19 janvier 1958 ; après une amélioration apparue après 20 jours de traitement, la guérison complète est obtenue au 30^e jour. La malade rentre chez elle le 7 février 1958.

OBSERVATION 16 (mélancolie simple). — Mme V... Mélanie, 43 ans, internée pour la troisième fois le 21 décembre 1957, présentait à son entrée un accès mélancolique caractérisé par de la tristesse, du découragement, de l'asthénie, un refus d'alimentation, des larmes. L'agressivité, les bouffées logorrhéiques et les courtes périodes d'euphorie paraissent être le reliquat d'une phase maniaque ayant précédé l'état dépressif.

La malade bénéficie du 7044 R.P. à la dose de 75 mg. par jour pendant 26 jours. Une amélioration s'amorce au 7^e jour du traitement et la guérison est obtenue au 12^e jour. La malade quitte le service le 8 février 1958.

OBSERVATION 17 (mélancolie simple). — Mme L... Françoise, 52 ans, entre dans le service pour accès mélancolique caractérisé par une tristesse morbide, du découragement, un ralentissement de l'idéation, des idées d'incapacité et de suicide, de l'asthénie, de l'insomnie. L'inactivité est totale, le repliement sur elle-même est renforcé du fait de la surdité de la malade. L'état général est rendu précaire par l'existence d'un gros fibrome utérin à forme hémorragique.

La malade, dès son entrée, le 19 avril 1958, reçoit 75 mg. de nozinan pendant treize jours, puis 150 mg. pendant douze jours, et enfin 200 mg. à partir du 14 mai, parfaitement supportés. La malade, qui a recouvré un état général parfait, est aujourd'hui considérée comme guérie ; le médicament, lui, est actuellement donné à doses dégressives.

OBSERVATION 18 (mélancolie simple). — Mme B... est soumise à un traitement par le 7044 R.P. le 29 mars. Depuis septembre, elle traîne une dépression mélancolique, pour laquelle elle a refusé d'être hospitalisée et traitée par des électro-chocs. Depuis un mois, l'aggravation est nette.

Dans les antécédents, on relève deux accès de courte durée, dont le dernier remonte à vingt ans.

Le tableau clinique est caractérisé par une tristesse profonde, un sentiment d'insécurité, une perte de l'appétit et de l'entrain, une asthénie entraînant une grosse réduction de l'activité, de l'insomnie. Le 7044 R.P. est prescrit à la dose de deux comprimés par jour ; dès le 3^e jour, retour du sommeil et de l'appétit, amélioration plus nette au 5^e jour. Une augmentation de la dose journalière à trois comprimés et demi amène une telle fatigue que le 22^e jour la dose est ramenée à un comprimé. Rechute en huit jours. Retour à deux comprimés et demi. Amélioration en trois semaines environ. La guérison est acquise en 40 jours.

OBSERVATION 19 (mélancolie délirante). — Mme L..., 56 ans, évite, grâce à la lévomépromazine, un troisième internement. Le premier accès mélancolique en 1955, traité par du largactil, avait duré six mois. Le deuxième, survenu quelques mois après, ne guérit qu'au bout de huit mois. Le 8 mars 1958, la malade fait un nouvel accès, caractérisé par de l'anxiété, des interprétations délirantes et des hallucinations auditives (« la maison est vendue »), de l'insomnie, de l'asthénie, et elle cesse toute activité ménagère.

Le 13 mars, il est donné à la malade 75 mg. par jour de lévomépromazine. Au 8^e jour, elle est nettement améliorée, elle dort mieux et retrouve le goût du travail. Le 12^e jour, la tristesse et les hallucinations auditives disparaissent. Le 15^e jour, il n'y a plus trace d'anxiété. Le 30 mars, après 17 jours de traitement, la guérison est obtenue et persiste le 17 avril, malgré l'arrêt du médicament (dose totale reçue : 1 g. 275 en 17 jours).

OBSERVATION 20 (mélancolie délirante). — Mme T..., 39 ans, deuxième internement pour accès mélancolique semblant lié à une intoxication éthylique. La malade, à son entrée, le 26 mars 1958, présente quelques éléments de confusion, vite disparus ; elle exprime des idées d'auto-accusation, de culpabilité, de désir d'un châtiment. On note enfin un refus d'aliments et de l'insomnie. Pendant 18 jours, outre son cocktail vitaminique et un peu de strychnine, la malade reçoit 75 mg. par jour de lévomépromazine. Le 16 avril, après une petite aggravation de l'état mental, la strychnine est

supprimée et la malade absorbe quotidiennement 150 mg. du médicament. La guérison est obtenue le 1^{er} mai, et se maintient, après diminution rapide puis suppression de la drogue. Le départ est prévu incessamment.

Le précédent internement avait duré deux mois et demi. La malade avait subi une cure d'électro-chocs. Ici encore, grâce au 7044 R.P., les électro-chocs ont été inutiles.

OBSERVATION 21 (mélancolie délirante). — M. V... est un mélancolique qui présente des idées de ruine et d'incurabilité. Ce malade, qui a déjà eu deux accès antérieurs, bénéficie d'une cure ambulatoire de lévomépromazine à la dose de 75 mg. par jour pendant quinze jours, puis 125 mg. pendant un mois et demi. La guérison amorcée à la quatrième semaine est obtenue après sept semaines de traitement.

OBSERVATION 22 (mélancolie anxieuse). — Mme L... Antoinette, 60 ans, cultivatrice, en est à son troisième internement pour état dépressif mélancolique. La symptomatologie en est toujours identique ; tristesse, subagitation anxieuse, préoccupations hypocondriaques, idées de suicide, insomnie.

Le premier accès, en 1956, fut traité par chlorpromazine (150 mg. pendant deux mois). La guérison survint après onze semaines.

La deuxième crise, en 1958, fut guérie en six semaines avec une série de dix électro-chocs.

La troisième hospitalisation a eu lieu le 5 mai 1958. La malade reçut 75 mg. de nozinan pendant treize jours, puis 150 pendant une semaine et enfin 200 mg. La malade, progressivement améliorée, est actuellement guérie, et reçoit le nozinan selon une posologie dégressive avant le départ ; la guérison a été aussi rapide qu'avec les électro-chocs.

OBSERVATION 23 (mélancolie atypique). — Mme R... Marie-Louise, 27 ans, sans profession, entre dans le service le 8 février 1958. Elle présente un accès mélancolique caractérisé par de la tristesse morbide, du repliement sur soi-même, une diminution de l'activité intellectuelle et physique, des idées de suicide et d'incapacité, des accès de larmes, de l'irritabilité, quelques troubles du sommeil. Elle a été traitée récemment dans une clinique bordelaise pour un accès mélancolique de structure obsessionnelle. Les électro-chocs avaient amené une amélioration qui n'a pas tenu.

La malade reçoit 75 mg. pendant deux jours, puis 150 mg. jusqu'à la fin du séjour, le 9 mars 1958. Après amélioration nette au bout d'une semaine, guérison au bout de quinze jours. Actuellement chez ses parents, sans traitement, la guérison se maintient.

Résultats. — Les résultats obtenus furent les suivants : sur 23 cas, il y eut 11 échecs complets (4 cas de stupeur mélancolique, 3 cas de mélancolie anxieuse où l'échec fut précédé d'une amélioration transitoire, 3 cas de dépression simple, 1 cas d'état mixte). La mélancolie chronique resta ce qu'elle était auparavant. Une malade en traitement chez elle est assez améliorée pour reprendre une activité normale. Enfin, les 10 autres malades guérirent complètement.

Toute médication fut supprimée aux malades qui ne répondaient pas favorablement à l'administration du 7044 R.P. Les électro-nar-

coses apportèrent alors leur habituelle efficacité et assurèrent une guérison rapide. Il convient de noter l'échec de la lévomépromazine dans les 4 cas de mélancolie stuporeuse. Cette forme clinique paraît en conséquence indiquer d'emblée la sismothérapie.

Les doses moyennes utilisées ont été de 150 mg. *pro die* (entre 75 et 300 mg.). L'amélioration est en général survenue au bout de 15 jours de traitement (cas extrêmes de 10 jours à 4 semaines) et la guérison après le même laps de temps, soit en moyenne 1 mois.

Enfin, les modifications psychologiques apportées par le 7044 R.P. sont analogues à celles décrites pour les autres neuroleptiques. Le premier effet de cette médication paraît être, avec le retour du sommeil et de l'appétit, l'indifférence ressentie par les malades pour les problèmes de leur conscience morbide, ou pour de réelles difficultés vitales. Le retour à une activité partielle vient ensuite, le goût de vivre, l'élan vital étant reconquis en dernier. Dans certains cas où le traitement n'atteignait pas un succès complet, il a été donné de voir persister la tristesse, l'absence d'entrain, alors que les préoccupations avaient disparu, la malade restant dans un stade intermédiaire de l'évolution avec reprise partielle de l'activité.

Un des effets les plus fidèles de la drogue semble être son action hypnotique. Il a été en général inutile, en donnant la 3^e prise de la journée au coucher, de lui adjoindre un somnifère. La persistance de l'insomnie n'a été observée que dans les cas où aucune amélioration n'était notée. Remarquons que l'insomnie d'autres états psychotiques ou névrotiques a paru également très sensible à ce médicament.

L'observation 23 a montré qu'une diminution prématurée des doses peut conduire à une rechute rapide et laisse penser que le maintien d'une dose d'entretien est une mesure prudente. Néanmoins, des guérisons définitives ont été obtenues avec un traitement court et on ne peut donc arrêter une ligne de conduite précise pour l'administration du remède.

Les incidents observés furent analogues à ceux observés avec les autres neuroleptiques :

- 1 fois une fièvre à 38°5 sans autre étiologie possible, et qui disparut avec la cessation de la drogue ;
- 2 fois de la congestion mammaire avec galactorrhée ;
- 2 fois des œdèmes généralisés non explicables par une méiopragie organique quelconque ;
- 1 fois des gastralgies ;
- 1 fois du trismus (déjà décrit par Pauly et d'autres auteurs à propos du stémétil) ;
- 1 fois un syndrome neurologique curieux, analogue à celui décrit à propos de l'intoxication par la prochlorpérazine : il s'agit de Mme D... (obs. 2). Au 12^e jour du traitement, alors qu'elle recevait 300 mg. de lévomépromazine avec 15 mg. d'artane et 150 mg. d'héptaminol, les troubles se produisirent : une hypertonie diffuse réalisait

une sorte d'orthotonos avec trismus prononcé, la malade ne pouvant ouvrir la bouche suffisamment pour extérioriser la langue. Cette hypertonie est également plastique, et l'on note une exagération des réflexes de posture. Il existe un signe de la « roue dentée » des plus nets, prédominant cependant du côté droit. Mme D..., alitée, reste figée, la mimique inexpressive. Elle répond d'une voix faible, incertaine ; les mots sont mal articulés, avec un débit précipité. Les gestes sont ébauchés avec un grand retard et restent inachevés. Il n'y a pas de troubles sensitifs. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux. Les cutanés plantaires se font en flexion. Les réflexes pupillaires sont paresseux. Il n'y a pas de paralysie. Inconstamment apparaît un tremblement statique. Les sécrétions salivaires sont taries.

Par ailleurs, on note un état saburral des voies digestives. La glycémie est à 0 g. 80 %, l'azotémie à 0 g. 38 %, le potassium sérique s'élève à 245 mg. %. Le syndrome neurologique régresse en trois jours après l'arrêt du médicament.

La reprise du 7044 R.P. provoque à nouveau le même tableau clinique, sans amélioration de l'état mental. Cette fois-ci, les doses ayant été minimales, il semble donc qu'il y ait eu accumulation du produit dans l'organisme.

L'hypotension orthostatique est facilement réduite par l'heptaminol, mais la fatigabilité, l'asthénie persistent parfois très accusées, inconvénient particulièrement ressenti par les malades traités à domicile, qui conservent toujours une activité épargnée aux malades hospitalisés. Cet inconvénient est surtout net lorsque l'amélioration de la mélancolie a redonné aux malades le goût du travail, car elles ont alors à lutter contre la fatigue et elles en viennent à s'estimer plus lasses qu'au début. On observe donc ici, comme avec les autres neuroleptiques, la substitution et l'intrication des signes d'intoxication à ceux du syndrome mental primitif.

En conclusion, la lévomépromazine est une thérapeutique intéressante des états dépressifs mélancoliques. La schématisation classique : « les neuroleptiques pour l'accès maniaque, les électro-chocs pour les états mélancoliques », est en passe de devenir caduque. Le 7044 R.P. peut donner d'excellents résultats, mais les formes stuporeuses semblent peu influencées. Le nombre limité de nos observations nous fait hésiter à affirmer cette contre-indication et à exprimer en pourcentage l'efficacité thérapeutique du médicament dans les mélancolies ; elle correspondrait à (52,35 %) de résultats favorables, dont 43,47 % de guérisons, ou en exceptant les formes stuporeuses, à 63,29 % de résultats favorables, dont 52,63 % de guérisons. La forme clinique la plus souvent guérie est la mélancolie simple, et il semble que les formes légères soient plus sûrement influencées par le remède.

Sauf dans 3 cas, la durée de l'accès est demeurée la même, qu'il soit traité par sismothérapie ou par le 7044 R.P. (comparaison avec les accès antérieurs). Enfin, dans 4 cas, l'internement a pu être évité,

fait des plus intéressants et qui mérite d'être souligné ; il s'agissait bien sûr de malades n'ayant pas d'idées de suicide. Il faut noter que, pour les malades traitées à domicile, la fatigabilité musculaire entraînée par la drogue est assez gênante pour les faire hésiter à poursuivre le traitement.

Les incidents, similaires à ceux observés avec les autres neuroleptiques, sont imprévisibles, ils rendent nécessaire une posologie progressive. Ces incidents sont toujours survenus dans des cas où l'on a observé l'échec du 7044 R.P. (sauf 1 cas). Le temps d'apparition des symptômes fut par contre variable, de même que la dose totale nécessaire, qui oscille entre 2 et 5 g.

Au point de vue pronostic, les cas où l'amélioration tarde semblent ne pas évoluer vers la guérison malgré la persistance ; si l'on vise à obtenir la plus courte hospitalisation possible, il est inutile de maintenir cette thérapeutique au-delà de quinze jours sans amélioration, la sismothérapie conservant sa rapide efficacité.

BIBLIOGRAPHIE. — SIGWALD (J.), HENNE (M.), BOUTTIER (D.), RAYMONDEAU (Cl.), QUÉTIN (A.) : Activité d'une nouvelle phénothiazine en psychiatrie et en neurologie ; propriétés thérapeutiques du maléate acide de lévométhoxy-3-(diméthyl-amino-3-méthyl-2-propyl)-10-phénothiazine (7044 R.P.). *Presse médicale*, 1956, LXIV, 87, 2011-2014. — DESCHAMPS (A.) et MADRE (J.) : Traitement en psychiatrie par un nouveau neuroleptique (7044 R.P.). *Presse médicale*, 1957, LXV, 46, 1071, 1074. — LAMBERT (P.-A.) et coll. — Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la phénothiazine : la lévomépromazine ou 7044 R.P. *Ann. méd.-psych.*, 1957, 11, 2, 291, 296. — PAULY (R.) : Le syndrome strié du 6140 R.P. (stémétel). *Journal de médecine de Bordeaux*, 1958, 1, 21-22. — DELAY (J.), DENIKER (P.), GREEN (A.), MADRET (M.) : Le syndrome excito-moteur provoqué par les médicaments neuroleptiques. *Presse médicale*, 1957, LXV, 79, 1771, 1775. — Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique : incidents et accidents dus aux médicaments. *Encéphale*, 1956, XLV, 4, 779, 832.

DISCUSSION

M. FOUKS. — Je voudrais féliciter MM. Collier et Martin de leur esprit critique, ainsi que de leur intéressante communication. Personnellement, j'utilise aussi depuis longtemps le nozinan. Il m'a surtout paru intéressant, en ce qui concerne les troubles du sommeil, car il me paraît deux à trois fois plus hypnotique que la chlorpromazine. Par contre, il me semble plus toxique. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de le rapporter à ces Sociétés au cours d'une discussion, j'ai eu quelques graves accidents et il ne me semble pas souhaitable de dépasser 100 mg. Par ailleurs, je suis moins assuré en ce qui concerne l'intérêt dans les états mélancoliques. En ce qui concerne l'électro-choc, je voudrais signaler que j'ai observé récemment deux cas de malades qui avaient eu des électro-encéphalogrammes avant, puis après cette thérapeutique, et dire que deux à trois ans après une série extrêmement courte de trois à quatre électro-chocs, il persiste encore des anomalies avec grandes ondes monomorphes, alors que le tracé était normal avant l'électro-choc. Ceci m'amène à penser que nous n'avons pas encore un recul suffisant et qu'il serait souhaitable de faire une étude systématique des suites non seulement immédiates, mais surtout lointaines de l'électrochothérapie.

Remarques sur l'électro-encéphalographie des schizophrènes, par MM. Cl. LEROY et P. NOEL (Paris)

On a cherché à résoudre l'énigme posée par la schizophrénie aux cliniciens, depuis toujours, et, depuis que l'on possède des techniques complémentaires apparemment plus objectives, telles : les tests, l'électro-encéphalographie, l'encéphalographie gazeuse ou la biochimie, on essaye d'objectiver le ou un des signes biologiques essentiels de cette affection.

En fait, ces techniques ne nous ont pas encore beaucoup avancé dans la compréhension biologique des phénomènes mentaux, du fait de l'écart de la biologie et de la psychologie.

D'autre part, ces techniques sont faussement objectives, et l'électro-encéphalogramme n'est pas plus objectif qu'une coupe d'anatomie pathologique et réclame une interprétation dans le cadre du contexte clinique comme tout signe psychiatrique. Il n'en reste pas moins que l'on peut tenter de voir quels sont les patterns bioélectriques statistiquement les plus fréquents dans cette affection.

Nous ne ferons pas, faute de place, l'historique de ces recherches électro-encéphalographiques que l'on trouvera dans la thèse de l'un de nous (1953), la thèse de Lebascle, la publication de Kammerer, Rohmer, Israël et Wackenheim (1955), ou le récent travail de Borenstein (1957).

Berger déjà signala la pauvreté de l'alpha des schizophrènes, mais il est remarquable de noter que d'année en année on observe dans les publications sur ce sujet une chute progressive du nombre de tracés considérés comme pathologiques (au sens habituel du terme) par les auteurs.

Voici quelques chiffres évocateurs : Denis Hill (1948) : 18 tracés anormaux sur 80 (20 %) ; M. Kennard (1951) : 60 tracés anormaux sur 100 (en comprenant les rythmes rapides dans les tracés pathologiques) ; Kammerer (1955) : 27,5 % ; Borenstein (1957) : 26 tracés anormaux sur 131 (20 %) ; Verdeaux (1957) : les tracés les plus normaux statistiquement parmi les malades mentaux ; Lelord (1957) : 8 % de tracés anormaux chez les schizophrènes adolescents.

R. Kuhn considère que l'on n'a pas le droit de porter le diagnostic de schizophrénie si le tracé est anormal, fait confirmé par Verdeaux, Drossopoulo et Chanoit, qui, partant de ce point, concluent qu'on peut s'en servir inversement dans chaque cas particulier (lors du dernier congrès de Zurich).

Chez l'enfant, Heuyer, Lecasble et Lelord insistent sur les tracés hypermatures des schizophrénies infantiles et M. Beley a signalé il y a un mois que nos recherches à la colonie de Vaucluse confirmaient tout à fait ces données. Depuis plusieurs années, frappés comme tout le monde par cette normalité, nous nous sommes attachés à définir son style.

Le concept de normalité de l'électro-encéphalogramme demande à être repris et, récemment, Mmes Dell et Lairy ont insisté sur les variations dynamiques de l'électro-encéphalogramme normal et sur sa valeur de reflet de l'équilibre dynamique spatio-temporel des structures du système nerveux et des réactions de celui-ci à l'environnement ; citons encore M. Daumézon et Mme Lairy : « Ainsi, le rythme alpha correspond à un état psycho-physiologique de pré-intégration pour le sujet vigile au repos psycho-sensoriel. Dans tous les cas, il est l'expression électro-encéphalographique d'un état privilégié de disponibilité maximum de l'organisme éveillé pour une intégration. »

Finalement, surtout associé aux techniques polygraphiques, l'électro-encéphalogramme apparaît comme une technique grossière mais intéressante, permettant de donner un reflet de la façon d'être au monde.

Dans tout ce qui va suivre, nous éviterons de parler de conscience, en utilisant seulement le terme de vigilance, en prenant comme critères les critiques et les définitions qu'a données M. Fessard à la notion de conscience conçue comme l'expérience d'intégration du S.N.C. De même, faisons-nous nôtres les critiques de Blanc et ses conclusions : « La neuro-physiologie doit mettre l'accent sur le caractère relationnel des processus psychiques... (concluant à la) nécessité d'une neurobiologie relationnelle anthropologique. »

En nous excusant de ce long préambule, indispensable cependant pour la suite, nous définirons la technique utilisée.

Ont été considérés comme schizophrènes les malades dont les certificats signés par deux au moins de chefs de service de l'admission ou des hôpitaux psychiatriques de Villejuif et Vaucluse concluaient formellement en ce sens.

Nous avons comparé nos tracés de malades sans traitement avec un autre groupe de malades traités par des doses variables de chlorpromazine. Ont également été dépouillés avec la même grille de comptes rendus un groupe de déments séniles, et enfin une population homogène de cent sujets examinés systématiquement au C.E.M.P.N. de l'aviation de Paris (Méd.-Col. Raboutet), dans le laboratoire d'électro-encéphalographie du Dr Remond ; nous les remercions vivement de leur obligeance.

Tous ces tracés ont été interprétés par l'un de nous et les résultats chiffrés manipulés par l'autre.

Tous les malades ont été examinés avec des électrodes tripodes au nombre de 21 (+ 1 à Vaucluse) et enregistrés sur les appareils français de 10 à 16 inscripteurs, avec au moins deux hyperpnées de plus de trois minutes, de nombreuses réactions d'arrêt et une stimulation lumineuse intermittente de plusieurs minutes.

Faisant nôtres les critiques de Kammerer (et coll.) sur le « choppy pattern », nous n'utiliserons pas ce terme.

Voici nos résultats :

1) Nombre de sujets dans les quatre groupes
pour chaque fréquence du rythme de base

FRÉQUENCE PAR SECONDE	DÉMENTS SÉNILES	NORMAUX	SCHIZ. + 4560 R.P.	SCHIZ.
4	1	0	0	0
5	4	0	0	0
6	7	0	0	0
7	11+	0	1	1
8	10	6	3	2
9	10	19	3	10
10	3	47+	14+	15
11	1	20	9	23+
12	0	6	2	8
13	0	2	0	2
14	0	0	1	1

Nous avons indiqué d'une croix le sommet de chaque groupe, cette répartition semble très nette.

2) Réaction d'arrêt à l'ouverture des yeux (en %)

R.A.	DÉMENTS	NORMAUX	SCHIZ. + 4560 R.P.	SCHIZ.
Bonne	16 %	98 %	75 %	85 %
Moyenne	25 %	2 %	25 %	12 %
Mauvaise	59 %	0 %	0 %	3 %

Pour un groupe de malades d'hôpital psychiatrique, souvent âgés, celui des schizophrènes a une excellente réaction d'arrêt.

3) Cas de rythmes de base rares

	Déments	Normaux	Schiz.
Surtout après fermeture des yeux	0 %	0 %	20 %
Seulement après fermeture des yeux ...	0 %	3 %	8 %

Insistons au passage sur le faible voltage de l'alpha des schizophrènes en général.

4) Répartition des autres éléments du tracé

	DÉMENTS SÉNILES	NORMAUX	SCHIZ. + 4560 R.P.	SCHIZ.
Rythmes :				
rapides	18 %	30 %	40 %	45 %
abondants ..	2 %	3 %	18 %	13 %
Rythmes :				
lents	45 %	56 %	55 %	47 %
abondants ..	11 %	10 %	30 %	15 %
Ondes :				
lentes	55 %	14 %	28 %	20 %
fréquentes ..	43 %	3 %	15 %	12 %

Pour interpréter ces chiffres, il faut tenir compte de l'âge de notre groupe de contrôle : 17 à 35 ans, et pour les séniles, du rythme de base très lent coté par ailleurs.

On remarquera que ces courbes sont à peu près superposables à celles de M. Kennard obtenues par analyse longitudinale, concluant à l'instabilité spatio-temporelle des électro-encéphalogrammes de ces malades (comme Meeus jadis d'ailleurs cliniquement).

La normalité de nos tracés de schizophrènes est donc évidente, mais comment peut-on la systématiser ?

Reprenons la classification de Gastaut sur les tableaux électro-encéphalographiques de l'excitation et de l'inhibition : activités très rapides et très peu amples, sans caractère proprement rythmique (désynchronisation) ; rythmes rapides et peu amples (synchronisation rapide) ; rythmes alpha de fréquence élevée, peu amples et très modulés (synchronisation alpha rapide) ; rythmes alpha de fréquence et amplitude moyenne, normalement modulés (synchronisation alpha moyenne) ; rythmes alpha lents, amples, non modulés (synchronisation alpha lente) ; rythmes plus lents et plus amples que le rythme alpha (synchronisation thêta et delta) ; dépression intermittente des rythmes lents ; dépression continue de ces mêmes rythmes.

Gastaut rapproche cette classification du plus haut au plus bas niveau d'excitation (ou du plus bas au plus haut niveau d'inhibition interne) des conceptions générales sur l'électrogénèse cérébrale de Jaspers, Gibbs, Roussinov, Yoschii, Peimer.

Nous ne pouvons nous étendre sur ces conceptions (cf. Gastaut, p. 151, suppl. n° 6 du *J. of E.E.G.*), mais sommes obligés de placer nos quatre groupes du plus haut niveau : les schizophrènes non trai-

tés, au plus bas, les déments séniles, en passant par les intermédiaires des schizophrènes traités et des sujets normaux.

Il faut rapprocher ces malades des sujets en extase yogique tels qu'ils ont été publiés par Gastaud ; leur tracé est très proche parfois. Quant aux tracés pathologiques de schizophrènes, ils sont en petit nombre, 10 cas ou 15 %.

Daumézon et Lairy, récemment, concluent que la faiblesse de l'alpha de certains schizophrènes peut prêter à discussion entre un pré-endormissement ou une tension psychologique et une anxiété. En fait, nous n'avons pratiquement jamais chez nos malades de réaction d'éveil et le reste du contexte électrique est en faveur d'une hyper-vigilance permanente. Il est d'ailleurs difficile d'interpréter autrement l'augmentation de l'alpha de nos sujets, quand ils sont sous 4560 R.P. Tout se passe comme s'il existait un excès d'éveil (statistique) dans ce groupe de schizophrènes.

Cette opposition frappante entre nos tracés des quatre groupes nous permet de réfuter les théories du sommeil ou de la confusion chronique chez ces malades ; quant à leur détérioration, elle apparaît des plus faibles. Ces faits sont à rapprocher des observations de nombreux cliniciens.

Nous avons retrouvé récemment quelques publications concluant dans le même sens en utilisant des techniques différentes.

C'est ainsi que Whatmore et Ellis (1958), étudiant les activités motrices de repos de 21 schizophrènes et de 10 sujets de contrôle par E.M.G. trouvent 19,9 unités motrices dans ce dernier groupe contre 54,9 unités chez leurs malades (vérifié à $P < 0,01$). Ils en concluent à l'hyperactivité des neurones du « cortex moteur et du prémoteur ».

Stevens et Derbyshire (1958) injectent de l'amobarbital dans des « stupeurs catatoniques » ; ils notent que la dose de barbituriques nécessaire pour obtenir le sommeil est plus élevée que chez les sujets normaux et que les effets de la drogue sont supprimés par un analeptique.

Du point de vue électro-encéphalographique, ils obtiennent des rythmes rapides barbituriques, une diminution de fréquence de l'alpha et du pouls. Ils considèrent que le terme de stupeur catatonique est une erreur due à la confusion entre un état psychique et une manifestation du comportement, l'inhibition de l'activité apparente n'étant autre chose qu'un bouillonnement d'excitation intérieure. Pouvons-nous aller plus loin ?

L'étude de la réponse à la stimulation lumineuse intermittente nous montre que si les sujets normaux ont une bande de réponse moyenne, de 10 à 20 fréquences, les schizophrènes ont une réponse plus variée, pour quelques-uns nulle, mais la plupart du temps excellente, voire supra-normale dans les deux bouts de la courbe (fréquences élevées et top unique auquel est assimilé le 1/sec.) ; si, d'autre part, les réponses harmoniques sont beaucoup moins significatives qu'il ne

nous l'avait semblé antérieurement, on trouve quand même le taux le plus élevé de ce signe chez les schizophrènes. (Réponse à 1/sec. : déments 0 %, normaux 3 %, schizophrènes + 4560 R.P. 9 %, schizophrènes 15 %. Réponses harmoniques : déments 0 %, normaux 28 %, schizophrènes + 4560 R.P. 35 %, schizophrènes 45 %).

Les autres groupes se situent toujours dans le même ordre. Les déments ont un rétrécissement remarquable de leur bande de réponse.

Nous voudrions rapprocher ces faits des études de conditionnement de Jus d'une part, de Lelord d'autre part ; tous deux notent les bizarreries des réponses de ces malades, et Lelord signale la possibilité d'apparition de phénomènes de dominance.

A ces excellentes réponses spécifiques, s'oppose l'observation de Gastaut, qui signale la faiblesse des pointes vertex et des réactions de sursaut avec rapide habitude de ces malades, ce qui les oppose aux hystériques.

Tout se passe comme s'il existait chez ces malades un excès de fonctionnement des systèmes spécifiques et d'association, hypothèse que nous avons soulevée antérieurement.

Les effets de la chlorpromazine semblent ramener remarquablement ces sujets vers le groupe normal, sauf en ce qui concerne la réaction d'arrêt qui chute. On pourrait parler de diminution de l'hypervigilance avec augmentation de l'inhibition interne et nous rapprochons ceci des études de conditionnement que rapporte S. Courvoisier chez le rat traité par cette drogue.

Les rapports de l'épilepsie et de la schizophrénie ont fait couler beaucoup d'encre, l'un de nous a fait sa thèse sur ce sujet. Rappelons qu'il n'y a pas de corrélation entre les deux affections, mais que l'apparition de l'épilepsie chez un schizophrène semble être un signe d'évolution de la maladie en bien ou vers une détérioration ; l'étude de 40 cures d'insuline nous a montré le même fait, confirmation des travaux de Hoenig et Liebermann (hypothèse que nous avons vérifiée au X2 à P 0,05). Hill a montré dans une catatonie rémittente l'abaissement du seuil épileptogène à la sortie de la catatonie, seuil qui remontait quand la catatonie revenait.

Bradley et Jeavons ont mis en évidence l'abaissement du seuil épileptogène des schizophrènes sous chlorpromazine, et l'un de nous, avec M. Sigwald, a montré que les myoclonies (et les épilepsies, plus accessoirement) qui apparaissent au cours des traitements par les dérivés de la phénothiazine sont facilitées (essentiellement par recrutement) sous stimulation lumineuse intermittente dans des proportions considérables.

Les symptômes végétatifs de ces malades sont complexes ; nous n'en avons étudié qu'un seul : le pouls.

Voici les corrélations moyennes de la fréquence du cœur par minute dans chaque groupe en fonction du rythme de base :

E.E.G. F./sec.	E.C.G./minute			
	DÉMENTS SENILES	NORMAUX	SCHIZ. + 4560 R.P.	SCHIZ.
5	62			
6	68			
7	70			
8	80	71	94	
9	84	74	104	86
10		76	100	92
11		80	90	99
12		84	84	84

Dans l'interprétation de ces chiffres, il faut tenir compte de l'action vasculaire périphérique de la chlorpromazine.

A la courbe linéaire de la corrélation chez les normaux et les déments, s'opposent les deux courbes des schizophrènes qui présentent un sommet.

L'un de nous a déjà publié la corrélation générale entre ces deux rythmes, mais ici elle apparaît très importante selon le diagnostic. Sans doute faut-il rapprocher ces faits, peut-être des recherches biochimiques sur certains médiateurs et l'adrénaline.

Les schizophrénies infantiles constituent un cas particulier, que nous avons évoqué plus haut ; rappelons la fréquence des tracés de type adulte chez ces enfants. Soulignons ici la remarque de Lecasble et Lelord sur le bon pronostic des tracés immatures dans ce groupe de malades ; sans doute, faut-il y voir une sorte de dysmaturation transitoire alors que les tracés hypermatures indiquent une schizophrénie fixée de type adulte. Il faut mettre à part les comitialités avec manifestation psychique que nous n'envisageons pas ici. Nous n'envisagerons pas les rapports de l'électro-encéphalographie avec l'encéphalographie gazeuse ; rappelons que Borenstein n'a trouvé aucune corrélation.

Tel est l'état actuel de nos recherches ; nous pensons reprendre ceci sous une forme statistique en étudiant les différents facteurs, tels le temps, les groupes symptomatiques, etc...

Nous voudrions, pour conclure, comparer ces données avec les recherches psychologiques et psychanalytiques sur ces malades. Nous ne voulons pas nous étendre, mais rappeler simplement que ces sujets ont un moi perpétuellement remis en question, avec un grave trouble de l'intégration de leur schéma corporel, et une diminution considérable de la différence entre leur personne et le monde extérieur que, chez l'enfant, on a même pu parler de psychoses symbiotiques. Les psychanalystes considèrent qu'il y a absence de structuration du moi,

que les malades recherchent la fusion avec l'objet. La lecture de ces travaux sur la genèse de l'autisme nous montre que la libido est repliée sur le moi, qu'elle ne fonctionne plus que par fusion ou rejet global et que le moi faible, sans organisation, est à l'affût de toutes les sensations du monde extérieur.

Les rapprochements sont alors tentants. Ainsi, du point de vue psychologique comme du point de vue électro-encéphalographique, tout se passe comme si le schizophrène ne pouvait pas se reposer du monde, continuellement envahi par des stimuli permanents ; on pourrait dire que le schizophrène a un réflexe d'orientation permanent mais, dans tous les sens, avec déficit de l'inhibition interne (Pavlov, Rouchkevitch, Protopopov), excès de signification des stimuli, et impossibilité de choisir ses patterns.

D'autre part, en enregistrant au laryngophone le langage sur nos tracés, la schizophasie nous a paru très chargée d'informations pour le malade ; par contre, les stéréotypies (verbales) nous ont semblé s'accompagner d'un certain repos, refuge du malade autistique, bien aléatoire, devant son angoisse existentielle.

Mais ceci ne constitue pour l'instant qu'une hypothèse de travail. (Nous remercions vivement MM. Verdeaux et Lelord de nous avoir prêté l'essentiel de leurs communications de Zurich encore sous presse).

[*Travail des laboratoires électro-encéphalographiques des hôpitaux psychiatriques de Villejuif et Perray-Vaucluse, Dr Claude Leroy (enregistrements Mme Bottemine et Peltier, Mlle Gernez) et du laboratoire électro-encéphalographique du Dr Remond au C.E.M.P.N. de l'Aviation de Paris (Méd.-Col. Raboutet, Médecin-Chef)*].

BIBLIOGRAPHIE. — STEVENS (J. M.) et DERBYSHIRE (A. J.) : Shifts along the alert-repose continuum during remission of catatonic « stupor » with amobarbital. *Psychosomat. Méd.*, 20, 99, 107, mars-avril 1958. — BORENSTEIN (P.) et DABBAH (M.) : L'électro-encéphalogramme dans les syndromes schizophréniques. *Ann. méd.-psych.*, t. I, n° 3, mars 1957, pp. 477-498. — DAUMÉZON (G.) et LAIRY (G. C.) : Dynamique du rythme alpha en psychopathologie. *Ann. méd.-psych.*, t. I, n° 1, janvier 1957, pp. 35-51. — BLANC (C.) : Neurobiologie et psychiatrie. *Evol. psych.*, 1957, 4, 10 décembre 1957, pp. 625-652. — STEIN (C.) : Les débuts de la schizophrénie. *Entr. psych.*, 1954, p. 11. — KAMMERER, ROHMER, ISRAËL et WACKENHEIM : L'électro-encéphalogramme des schizophréniques. *Cahiers de psychiatrie*, 6, 55, n° 10. — ABÉLY (P.), MARCHAND, GUIRAUD, BARUK, DAUMÉZON, BELEY, GALLOT, FELD, DELTEIL : Rapports sur la schizophrénie. *Ann. méd.-psych.*, janvier et mai 1958. — KENNARD (M. A.), SCHWARTZMAN (A. E.) : A longitudinal study of E.E.G. frequency pattern in Mental Hospital Patients and normal controls. *J. of E.E.G.*, vol. 9, n° 2, mai 1957, pp. 263-274. — BRADLEY (P. B.) et JEVONS (P. M.) : The effects of chlorpromazine and reserpine on sedation and convulsions thresholds in schizophrenic patients. *J. of E.E.G.*, vol. 9, n° 4, février 1957, pp. 661, 672. — FISCHGOLD (H.) et GASTAUT (G.) : Conditionnement et réactivité en électro-encéphalographie. Supplément n° 6 du *J. of E.E.G.* Colloque de Marseille, 1955, Masson édit., 1957. — ROUCHKEWITCH : Quelques manifestations d'insuffisance de l'inhibition interne et d'inertie du processus nerveux chez les schizophréniques. *Rev. neur. et psych.*, 1954, 2. — PROTOPOPOV (V. P.) : *Principes de la thérapeutique de la schizophrénie*, Kiev, 1946. — FESSARD : Mécanisme de l'intégration nerveuse et de l'expérience consciente. *Brain mecha-*

nism and consciousness, 1953. — JUS : Etude du conditionnement chez les schizophrènes. *La Raison*, 1956, n° 14, pp. 33-42. — COURVOISIER (S.) : Sur les propriétés pharmacologiques de la chlorpromazine. *Colloque international*, oct. 1955, pp. 948-957. — LEBASCLE : *Contribution à l'électro-encéphalogramme des schizophrènes*. Thèse Aler, 1951, Rives imprimeur. — LEROY (Cl.) : Les rapports de l'épilepsie et de la schizophrénie. Thèse, Paris, 1953. — LEROY (Cl.) et SIGWALD (J.) : Les myoclonies et épilepsies des phénothiazines. *Colloque international*, oct. 1955. — LEROY (Cl.) : Corrélation entre le pouls et l'électro-encéphalogramme (note préliminaire). *Revue neurol.*, 1956. — LECASBLE (R.) et LELORD (G.) : Aspect électro-encéphalographique des schizophrénies de l'enfance. *II^e Congrès international de psychiatrie*, Zurich, 1957 (sous presse). — VERDEAUX (G. et J.), DROSSOPOULO (G.) et CHANOIT : *Etude statistique de l'électro-encéphalogramme des schizophrènes*, Zurich, 1957 (sous presse). — WHATMORE (G.), ELLIS (R.) : Some motor aspects of schizophrenia ; a E.M.G. study. *Am. J. Psychiat.*, 114, 882, 839, 4, 58. — HEUYER (G.), POPOV (P.), LELORD (G.) : *Etude électro-encéphalographique des réponses aux stimuli simples et combinés chez les schizophrènes adolescents*, Zurich, 1957 (sous presse). — LECASBLE (R.), LELORD (G.), FARDEAU (M.) : *Aspect électro-encéphalographique de la schizophrénie de l'adolescence*, Zurich, 1957 (sous presse). — HEUYER (G.), LECASBLE (R.), LELORD (G.), FARDEAU (M.) : Etude des corrélations électro-cliniques au cours des schizophrénies de l'enfance et de l'adolescence. *Rev. de neur., psych. infant. et d'hyg. ment. de l'enfance*, 4^e année, 11 déc. 1956, n° 11-12. — FOLLIN (S.) : *Epilepsie et psychoses discordantes*. Thèse, Paris, 1941, Arnette édit. — HOENIG (J.) et LIEBERMANN (D.) : The epileptic threshold in schizophrenia. *J. of Neurol. Neurosurgery and Psych.*, 1953, 16, 30, 34.

Une méthode de préparation du malade avant certaines techniques choquantes de pratique neurologique et psychiatrique, par MM. LIABOT et VIGNOT (Hôpital maritime de Brest), présentés par M. PARIENTE.

Certaines pratiques en neuro-psychiatrie entraînent des phénomènes de chocs dont les manifestations cardio-vasculaires risquent d'être graves et parfois dramatiques. De tels accidents empêchent fréquemment neurologues et psychiatres d'avoir recours à des explorations fonctionnelles qui pourtant sont susceptibles d'apporter un appoint primordial au diagnostic, ou d'entreprendre des traitements dont on redoute l'action cardio-vasculo-dépressive. Or, il semble que ces manifestations peuvent être pratiquement évitées par une prémédication bien étudiée.

Après divers essais, nous avons été amenés à inclure systématiquement le chlorhydrate d'heptaminol(1) dans notre prémédication.

Dès 1948, Loubatières met en évidence l'action directe de ce produit sur la fibre myocardique et son tropisme cardiaque préférentiel. Entre autres propriétés, celles qui nous intéressent sont :

son action tonique vasculaire qui, ajoutée à l'action myocardiotonique, explique son action antichoc remarquable ;

son pouvoir contre les effets toxiques des taux élevés d'acide carbonique ;

(1) Le chlorhydrate d'heptaminol est commercialisé sous le nom d'heptamyl par les laboratoires Delalande.

son rôle dans la prévention et la correction de l'hypotension et de l'insuffisance cardiaque post-barbiturique ou par ganglioplégie et neurolepsie ;

l'absence de phénomènes convulsivants même s'il est injecté par voie veineuse ;

enfin, sa très faible toxicité (la dose toxique étant mille fois la dose thérapeutique).

Parmi les pratiques neuro-psychiatriques, notre étude portera plus spécialement :

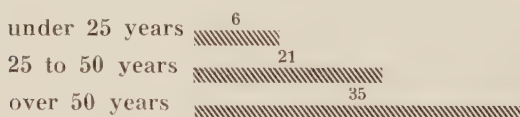
- 1) sur la sismothérapie ;
- 2) les techniques de sacco-radiculographies par substances opaques hydrosolubles résorbables ;
- 3) les oxygénoméningo-insufflations (OMI) *.

I. — SISMOTHÉRAPIE

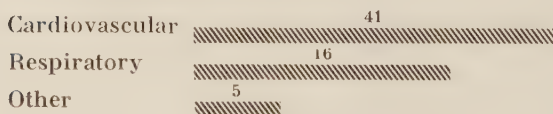
A) *Effets immédiats du choc électrique.* — Les incidents et les accidents cardio-vasculaires au cours de cette thérapeutique sont bien connus et ont été parfaitement étudiés par de nombreux auteurs : bradycardie de courte durée suivie de tachycardie, variations tensionnelles, hypotension de quelques secondes suivie d'une hypertension portant surtout sur la maxima. Une mise au point intéressante a été faite par Lewis dans le *New Eng. Journ. of Med.* du 16 juin 1955 au sujet des accidents cardio-vasculaires et de leur prévention. Nous en extrayons le tableau ci-dessous :

Risk of fatality

(1) Increases with age



(2) Main cause of death



Analysis of 62 deaths in psychiatric electrotherapy occurring in England and Wales, 1947 to July 1952 (Based on Date of Maclay).

* Nous avons utilisé cette appellation pour désigner, soit l'encéphalographie gazeuse par voie lombaire, pratiquée dans un but de diagnostic, soit l'injection d'oxygène par voie lombaire sous pression contrôlée, à titre thérapeutique.

Pour l'auteur, de même que pour Alexander, de Boston, « les troubles circulatoires représentent les complications les plus importantes et les plus dangereuses de l'électrothérapie ». Enfin, dans une communication faite le 25 novembre 1957 à la Société médico-psychologique, P. Abély rappelle les cas de collapsus graves (dont certains mortels), signalés par Rucker et Hem dans l'*Am. Journ. of Psych.* et d'autres auteurs américains ; par Collier et Deferre, en France, chez des malades en cours de traitement par des dérivés du *Rauwolfia*.

B) *Effets médiats post-critiques :*

a) Etat d'asthénie au réveil : elle peut être considérable car, comme l'ont signalé Delmas-Marsalet et des collaborateurs, la crise convulsive de l'électro-choc représente « le maximum de l'activité musculaire humaine ».

b) Durée de l'état crépusculaire : elle est variable ; de 10 à 30 minutes le plus souvent. J. Delmond rapporte un cas de Favre où l'état crépusculaire persistait encore 12 heures après l'électro-choc.

Or, l'emploi préalable de l'heptamyl juste avant le lancement du choc a le double avantage d'atténuer (a) et de réduire la durée de (b).

C) *L'utilisation des curarisants* de synthèse, et plus particulièrement de la célocurine, n'est pas sans inconvénient. Citons ici :

1) L'action de la célocurine sur le système cardio-vasculaire : Laborit, dans la *Semaine des hôpitaux de Paris* (mai 1949), signale que de faibles doses de curarisants amènent fréquemment bradycardie et baisse de la tension artérielle. Martin et Fischer (*Z.B.L. Chir.*, septembre 1956) montrent que des phénomènes de bradycardie et même paradoxalement de tachycardie avec extrasystoles peuvent se produire. Foregger (*J.A.M.A.*, 29 avril 1950) rapporte plusieurs observations de mort au cours de convulsivothérapie sous curare.

2) La nécessité, pour supprimer l'angoisse que provoque la célocurine seule, d'injecter au préalable un anesthésique ; or, l'injection du pentothal avec atropine starter, généralement utilisée, n'est pas sans provoquer à son tour un court mais constant déséquilibre tensionnel.

3) Enfin, l'obligation d'utiliser l'oxygène sous masque pendant l'apnée réactionnelle (qui dure une minute environ), provoque aussi une hypotension artérielle, d'origine bulbaire, par hypocapnie.

Le système régulateur de la tension artérielle et du rythme cardiaque est mis à rude épreuve par l'administration successive de ces différents corps chimiques, et l'on constate de violentes réponses (à-coups tensionnels, précollapsus, bouffées de tachycardie, etc...).

Or, par l'emploi préalable de l'heptamyl, on réduit ou supprime ces brusques variations. Le pouls et la tension artérielle sont remarquablement stables pendant toute la durée du choc, avec simplement une faible variation du chiffre de la maxima et une légère tachycardie.

Technique (malade à jeun et au repos).

1^{er} temps : on administre par voie veineuse, successivement : une ampoule d'heptamyl, 0,250 ; pentothal, atropine jusqu'à demi-sommeil (chute des paupières) ; célocurine jusqu'à apnée ; oxygénation sous pression jusqu'à relâchement musculaire.

2^e temps : pose du bâillon, lancement du choc.

3^e temps : on enlève alors le bâillon et on continue l'oxygénation sous pression jusqu'à réveil complet.

Statistiques. — Nous avons une expérience portant sur 900 cas.

Résultats. — Inconvénients : aucun.

Avantages : 1) Stabilité remarquable du pouls et de la tension artérielle. 2) Réveil aisé et beaucoup moins asthénique, rendant plus facile la psychothérapie de réveil, permettant une plus large utilisation de la cure ambulatoire. 3) De plus, la sismothérapie a pu, grâce à cette prémédication, être appliquée sans inconvénients à des cas qui, antérieurement, auraient constitué des contre-indications. Nous en rapporterons trois observations-types :

OBSERVATION 1. — M. B..., 58 ans, « syndrome dépressivo-mélancolique involutif grave, avec perte de l'élan vital, idées d'indignité, d'incurabilité, d'incapacité ». Il s'agit d'un obèse (125 kg.) présentant : 1) un diabète sucré : glycémie = 1,83 %, glycosurie = 22,6 g. % ; 2) des signes nets d'athérosclérose avec en particulier « sclérose myocardique diffuse et insuffisance coronarienne ».

Au cours d'une première hospitalisation, la cure sismothérapique avait été pratiquée avec, comme adjuvant, un toni-cardiaque usuel. De petits incidents en cours de traitement, et lors du septième choc, une forte crise de cyanose prolongée avec chute impressionnante de la tension artérielle, avaient fait abréger le traitement.

Rechute mélancolique l'année suivante : vingt séances d'électro-chocs furent pratiquées à raison de deux par semaine, sans le moindre incident, sous-anesthésique et curarisant de synthèse avec utilisation préalable d'heptaminol, à raison de : une ampoule intraveineuse de 5 cm³ avant l'anesthésie, une ampoule intramusculaire de 5 cm³ avant le passage du courant. On a noté une stabilité du pouls et de la tension artérielle durant tout le traitement.

OBSERVATION 2. — M. M..., 57 ans, « état dépressivo-mélancolique stuporeux » (rechute d'un syndrome mélancolique pré-sénile).

Au cours d'une première hospitalisation en 1951, on avait pratiqué une série d'électro-chocs sous curarisant de synthèse, associé à un tonique cardiaque usuel. Sur douze séances, on releva trois incidents (apnée très prolongée avec chute de la tension artérielle). Le 12^e électro-choc fut marqué par une phase d'apnée longue et inquiétante, nécessitant respiration artificielle et oxygénothérapie. L'état général de ce sénile précoce fit arrêter la cure.

Rechute cinq ans après. L'interrogatoire apprend que, entre temps, dans

une clinique, la sismothérapie avait été formellement rejetée par plusieurs spécialistes, dont un cardiologue.

De nouveaux examens ne révèlent aucun trouble de nature à interdire formellement l'emploi de la sismothérapie. Néanmoins, en cinq ans, l'état général a considérablement fléchi, et le vieillissement est devenu très important.

La sismothérapie est entreprise avec la préparation : heptaminol = une ampoule intraveineuse ; anesthésique et curarisant (pentothal-atropine-célocurine).

Les deux premières séances furent normales et suivies d'une amélioration. Au 3^e choc, phase d'apnée assez longue, nécessitant une oxygénothérapie soutenue. Pouls misérable et instable, la tension artérielle effondrée, on fait une injection intramusculaire d'heptaminol : la remontée tensionnelle est presque immédiate, le pouls redevient normal.

A partir de ce moment, on ajoute, à chaque séance d'électro-choc, au schéma exposé ci-dessus, une ampoule d'heptaminol par voie intramusculaire. Chaque fois, on note la remarquable stabilité tensionnelle et la régularité du pouls. Quinze électro-chocs sont ainsi pratiqués dans les meilleures conditions.

OBSERVATION 3. — M. L..., 59 ans. Entré pour la cinquième fois à l'hôpital pour « syndrome dépressif mélancolique chronique chez un sénile précoce ».

L'état général est très touché. Athérosclérose généralisée ainsi qu'en témoigne l'examen des vaisseaux périphériques et le fond de l'œil.

Devant l'échec des diverses thérapeutiques instituées au cours des multiples hospitalisations antérieures, une cure par électro-chocs est décidée. Huit séances ont été effectuées après la préparation (heptaminol, atropine, nesdonal, célocurine), sans le moindre incident.

Conclusion. — Dans tous les cas, l'adjonction d'heptamyl à la prémédication habituelle nous a permis :

1) de supprimer à une exception près les chocs cardio-vasculaires (stabilité du pouls et de la tension artérielle, toujours satisfaisante), d'où la possibilité d'entreprendre avec confiance de traiter des malades séniles ou présentant une usure physiologique ou un état de grande asthénie ;

2) de n'avoir eu aucune phase d'apnée nécessitant une thérapeutique héroïque (l'apnée la plus longue dans le cas d'exception n'a duré que 80 secondes et ne s'est pas accompagnée de cyanose importante) ;

3) enfin, de constater que la phase d'asthénie qui suit le choc était diminuée en durée et en intensité dans des proportions considérables (action défatigante musculaire du produit) : d'où psychothérapie de réveil facilitée, et meilleure acceptation du traitement dans les cures ambulatoires.

II. — SACCORADICULOGRAPHIES PAR SUBSTANCES OPAQUES HYDROSOLUBLES RÉSORBABLES

La saccoradiculographie est une méthode pleine d'avenir, mais freinée dans ses applications par les accidents signalés par différents auteurs. A. Sicart et ses collaborateurs, le 25 septembre 1957 dans la *Presse médicale*, signalent des lipothymies dans les intradurographies. Déjà en 1955, K. Reinhardt et K. Pauter écrivent entre autres : « Les principaux accidents immédiats sont des lipothymies, des collapsus légers ou graves. » Ces auteurs éliminent les malades ayant des affections du cœur et des vaisseaux.

Dans le *Deutsche. Wschr.* de juin 1953, Pauter attire l'attention sur trois importants cas de collapsus : pâleur, effondrement tensionnel, cyanose, disparition du pouls radial, etc...

En France, Layani et collaborateurs, en mars 1957, insistent particulièrement sur les précautions à prendre pour éviter les lipothymies. Pour parer à ces accidents d'ordre central, neuro-végétatif et particulièrement cardio-vasculaire, il nous a paru utile d'employer une prémédication neuroleptique partielle. Elle a pour but d'obtenir du patient un état de « plasticité » psychomotrice convenable, afin qu'il puisse se prêter aux diverses manipulations nécessitées par l'examen (prises de clichés en position assise avec et sans traction vertébrale). Il faut, d'autre part, que le sujet reste assez conscient pour pouvoir donner des réponses verbales et musculaires volontaires au cours de l'examen. L'expérience nous a conduits à adopter un « cocktail » qui a l'avantage d'effacer suffisamment les impressions douloureuses pour que le malade ne conserve aucun mauvais souvenir.

Mais la manipulation, en position assise, comportant en outre une rachi-anesthésie, ajoute encore à l'inconvénient essentiel de cette préparation la chute de la tension artérielle. C'est pourquoi l'on adjoint un correctif. C'est ainsi que nous sommes arrivés au schéma ci-dessous :

Technique (examen prévu pour 10 h. 30).

- 8 h. 40 : phénergan intramusculaire (0,50), largactil *per os* (0,025), heptamyl intramusculaire (0,250).
- 9 h. : gardénal *per os* (0,05).
- 10 h. : demi-phénergan injectable.
- 10 h. 15 : éphédrine sous-cutanée (0,06), syncortyl intramusculaire (5).
- 10 h. 55 : heptamyl intramusculaire (0,250).

Statistiques. — Nous avons une expérience portant sur 45 cas.

Remarques. — Quelques cas d'hypotension légère et un de collapsus vasculaire périphérique pur ont nécessité en cours de manipu-

lation l'utilisation d'heptamyl d'urgence avec effet instantané et durable (une seule injection intramusculaire ou intraveineuse est suffisante). Ainsi, nous avons été amenés à employer l'heptamyl, à la fois comme correcteur des troubles cardio-vasculaires provoqués par l'examen, et aussi comme préventif de l'action dépressive des neuroleptiques ; notre statistique ne porte que sur 45 cas, mais nous n'avons enregistré qu'un seul choc de collapsus vasculaire périphérique instantanément réduit, et ce, sous contrôle quasi-expérimental, injections intraveineuses successives d'heptamyl et des prises de tension artérielle.

Résultats.

- 1) Aucun accident n'a été observé.
- 2) Trois incidents légers (et un plus sérieux, instantanément réduits par l'injection intramusculaire d'heptamyl).
- 3) Excellente coopération des patients pendant les manipulations.
- 4) Pas de mauvais souvenirs de l'intervention : la plupart des malades affirment n'avoir ressenti absolument aucune douleur.
- 5) Pouls et tension artérielle pris toutes les heures jusqu'au soir se sont montrés tout à fait normaux.

III. — OXYGÉNO-MÉNINGO-INSUFFLATION

Pratiquée soit à titre de diagnostic, soit dans certains cas à titre thérapeutique (oxygène sous pression), nous la faisons précéder d'une préparation neuroleptique partielle dans le triple but :

- 1) d'éviter des accidents d'origine centrale ;
- 2) d'obtenir un état de « soumission coopérante » du malade, qui doit subir une série de radiographies en position couchée et assise ;
- 3) d'essayer de ne pas laisser de souvenirs pénibles d'une intervention toujours douloureuse lorsqu'elle est faite sans cette médication préventive.

Technique (examen prévu à 10 h. 30).

La veille, à 20 h., largactil *per os* (0,025), phénergan (0,025), gardénal (0,10), heptamyl (0,05).

7 h. : largactil intramusculaire (0,025), phénergan intramusculaire (0,025), gardénal *per os* (0,05), heptamyl intramusculaire (0,250).

8 h. : gardénal intramusculaire (0,20).

9 h. : phénergan intramusculaire (0,05).

10 h. : dolosal intramusculaire, gynergène caféiné (suppositoire).

10 h. 30 : sur place, heptamyl intramusculaire (0,250).

Statistiques. — Notre étude porte sur 51 cas.

Résultats :

- 1) Aucun choc cardiovasculaire n'a été noté.
- 2) Quelques incidents, comme pour l'injection de méthiodal, ont vite réagi à l'injection intramusculaire d'heptamyl.
- 3) L'état de déconnection est souvent plus important qu'on ne l'aurait souhaité ; cependant, la prise régulière du pouls radial et de la tension artérielle montre pendant tout le temps de la manipulation des chiffres relativement stables : la maxima s'infléchit lentement (maxima de chute = 3 cm. Hg, moyenne de chute = 1 cm. Hg) ; on reste toujours en deçà de la zone d'alarme.
- 4) Pas de mauvais souvenir de l'intervention (cf. méthiodal).
- 5) 10 % des patients accusent des céphalées le jour même ou le lendemain, s'accompagnant parfois d'un léger méningisme apyrétique, lorsqu'il s'est agi d'insufflations sous pression.

En résumé, tant au point de vue diagnostique que thérapeutique, certaines pratiques neuro-psychiatriques apportent des éléments précieux. Malheureusement, leurs indications en sont parfois limitées parce qu'elles créent trop facilement un état de choc cardio-vasculaire. Elles sont d'autre part souvent douloureuses, et il y a intérêt à effacer le souvenir de la phase algique de l'intervention et, pour cela, nous sommes amenés à utiliser dans la prémédication des neuroleptiques et des curarisants, ce qui ne peut que risquer d'aggraver les troubles circulatoires. C'est pour éviter ces deux causes d'incidents surajoutés que nous avons systématiquement inclus dans notre préparation le chlorhydrate d'heptaminol.

Conclusion. — Nous employons dans le service, depuis vingt mois, l'heptamyl, soit à titre préventif, soit à titre curatif, et nous obtenons, avec une constance jamais prise en défaut, un effet antichoc des plus remarquables par sa rapidité d'action et par la prolongation de son effet.

BIBLIOGRAPHIE. — En raison de son importance, la bibliographie se référant à cet article ne sera publiée que dans les tirés à part.

DISCUSSION

M. FOUKS. — Je partage entièrement l'opinion de mon ami Pariente, ainsi que de ses collaborateurs, et j'utilise depuis longtemps l'heptaminol à très fortes doses. Ce produit me paraît absolument indispensable dans un service psychiatrique.

Le test des séquences verbales.

Méthode projective d'application rapide, par M. Paul NEVEU

L'exploration de la personnalité psychopathique ou normale par le simple examen clinique met en évidence les attitudes prises à l'égard de l'examineur. Celui-ci est le second terme du dialogue, il est en même temps interlocuteur et observateur. L'intérêt de toute technique dite « projective » est de permettre l'observation d'une relation d'une autre sorte, de celle qui s'établit entre le sujet examiné et un interlocuteur artificiel ou fictif, uniforme, inanimé, mais riche, plus ou moins, d'un certain contenu. C'est ainsi qu'il est constitué par les taches du Rorschach, les images du T.A.T. ou les suites de mots inducteurs de Jung. Le remarquable rapport de Pichot (1) a fait le point sur cette importante question.

Nous avons cherché à établir un test qui mît le sujet examiné dans une situation standardisée, ne faisant pas intervenir de matériel projectif et réalisant, non plus un dialogue avec une image ou un objet, mais une sorte de monologue forcé.

Voici le protocole employé. Le matériel consiste simplement en un magnétophone et un chronomètre marquant le 1/5 de seconde.

Le sujet à examiner, après avoir subi d'autres épreuves de type psychométrique, est assis dans une salle qui doit demeurer aussi identique que possible. Devant lui, sur une table, est posé le microphone de l'appareil enregistreur. Le sujet est invité à se prêter à une épreuve d'ailleurs classique, celle du test de Binet-Terman consistant à dire en trois minutes le plus de mots qu'il lui sera possible. Il faut insister sur le nombre, qui est le but apparent à atteindre, de façon à détourner son attention du contenu et des thèmes choisis dont l'étude est l'objet réel du test.

A la suite de l'ordre : « Commencez ! », la suite des mots qui sont énoncés est enregistrée et l'épreuve est arrêtée à la fin de la troisième minute.

Le dépouillement du test se fait en inscrivant à une première audition de l'enregistrement, dans une colonne, les mots énoncés successivement, puis avec le chronomètre on divise, lors d'une deuxième audition de l'enregistrement, la suite des mots de quinze secondes en quinze secondes, afin d'en étudier le rythme.

Ensuite, les séquences verbales sont analysées. C'est la partie la plus délicate de l'examen, et celle qui comporte le plus de part de subjectivité. Il apparaît à un premier coup d'œil que certains mots sont distribués selon des associations simples, rapports de signification, de catégorie, de voisinage. Ils forment des séquences éviden-

(1) P. PICHOT. — Les tests de personnalité en psychiatrie. Rapport au congrès de Bordeaux, 1956. *Comptes rendus des Al. et Neurol.*, LIV^e session, pp. 71-161.

tes, où les mots sont associés par ce que nous appelons des liaisons de premier ordre. Ces séquences, plus ou moins longues, seront séparées, et leur signification générale notée.

L'analyse portera ensuite sur les mots terminant et commençant chaque séquence. Leur contiguïté est en rapport avec des relations moins conscientes que les premières. Ce sont des liaisons du 2^e ordre.

Le matériel ainsi constitué est disposé dans un tableau que nous reproduisons en partie ; il permettra d'étudier :

1) *la richesse du test* par le nombre total de mots exprimés. Conformément aux données classiques, la moyenne est de 60. L'insuffisance de réponses paraît liée à la pauvreté du fonds mental ou à l'inhibition. Dans ce cas, il y a discordance avec les tests de niveau mental ;

2) *le rythme* de l'énonciation, image du cours de la pensée. D'abord rapide, il décroît progressivement dans les deux dernières minutes par fatigabilité. Il présente des variations typologiques diverses : épuisement rapide ou stabilité, phases d'épuisement brèves ou dominantes, rythme rapide et lent alternant ;

3) *le nombre des séquences* est en raison inverse de la richesse, de la persévération ou de la monotonie. Le nombre élevé et la brièveté des séquences évoquent une certaine dispersion sur des sujets multiples, une diffusion de l'attention ;

4) *le contenu verbal* concerne souvent des objets visibles nommés après inspection centrifuge, centripète ou périphérique. Ils seront comptés. Le rapport de leur nombre à celui des réponses est une information sur l'extraversion-introversion. Certains contenus verbaux sont d'ordre professionnel, domestique, descriptif, parfois géographique ou littéraire. L'importance des séquences donnera une idée, au moment de l'examen, des intérêts dominants.

Le caractère grammatical des mots : substantifs précédés ou non de l'article défini ou indéfini, verbes, noms propres, donne également un aperçu des tendances.

La contribution psychométrique de ce test se fonde sur l'étude du nombre de réponses, richesse ou pauvreté verbale, sur le rythme de l'énonciation dont les chiffres permettent d'évaluer la fatigabilité ou la persévérance dans l'effort, l'inhibition névrotique, la tendance aux répétitions dont le chiffre est déterminé à chaque épreuve, aux itérations (véritable bégaiement psychologique). Il est possible d'établir des proportions chiffrant le quotient de mots concernant certaines catégories par rapport au total des réponses. Il est possible d'étudier ainsi les préoccupations dominantes au moment de l'examen.

La partie plus particulièrement « projective » du test au sens de L. K. Frank se trouve dans l'interprétation des séquences verbales, dans le contenu des mots, la structure et la disposition de ce contenu. C'est ainsi que, dans une énumération géographique, nous pouvons deviner ou reconnaître un souvenir scolaire, un itinéraire réel ou

NOMBRE MOTS PAR 15 s.	TEMPS	MOTS	N ^o ORDRE DES SÉQUENCES	NOMBRE DE MOTS PAR SÉQUENCE	SUJET	OBSERVA- TION
10	15 s.	Sapin Maison	1 ^o	2	Paysage	
		Sarrebourg Metz Paris Marseille Lyon Bordeaux Nancy Le Havre	2 ^o	8	Géographie	
7	30 s.	Pain Sucre Farine	3 ^o	3	Aliments	
		Moto Vélo Auto Vespa	4 ^o	4	Véhicules	
6	45 s.	Janvier Février	5 ^o	2	Mois	
		Tablier Cravate Lunettes Chemises	6 ^o	10	Vêtements	
		Pantalon Jupe Manteau Veste Tricot Foulard				
		Mouton	7 ^o	3	Animaux	

imaginaire. Dans cette partie de l'examen, l'intuition de l'examinateur a une large part, ainsi que son expérience psychologique. Ainsi, nous paraît-il justifié de considérer ce temps comme « l'analyse des séquences » au sens psychanalytique du terme.

Nous trouvons dans ces séquences les intérêts, les préoccupations dominantes actuelles à l'instar du test, d'où l'aspect dynamique de cette investigation, qui fixe pendant un temps très court une image du courant de la pensée, dont elle nous donne une sorte « d'instantané ».

Le protocole du test des séquences verbales est très bref, ce qui permet de l'appliquer à des séries importantes. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de l'employer au cours d'examens de sélection de candidats infirmiers comme épreuve complémentaire.

Dans nos prochaines communications, nous apporterons les résultats obtenus sur une population normale et dans les cas pathologiques.

Action préventive de la thiamine à hautes doses sur le syndrome neuroleptique de la chlorpromazine, par M. Paul NEVEU, Mme M. L'HERMIT et M. M. RUYER.

Le syndrome psychique d'inhibition, de ralentissement et d'indifférence affective qui se manifeste chez les personnes en traitement par les neuroleptiques a été décrit par Delay et Deniker, dès leur publication princeps (3) sur la nouvelle thérapeutique par la chlorpromazine seule. Observé par tous ceux qui, à leur suite, appliquèrent leur méthode, il fut considéré comme un avantage technique puisqu'il apportait la suppression de l'anxiété et de l'agitation psychomotrice. Mais, par la suite, les doses initiales de l'ordre de 100 mg. par jour ayant été largement dépassées, ce syndrome prenant une forme plus intense et s'accompagnant de manifestations neuro-végétatives et psycho-motrices, on tendit à le considérer comme une véritable complication.

De Boucaud (2), Thiébaux (13), Steck (12) décrivirent l'aspect parkinsonien que l'on observait fréquemment au cours du traitement par le 4560 R.P. Stahelin (11), plus réservé, parlait d'états « parkinsonoïdes ». Baruk (1), fort opportunément, mettait l'accent sur l'aspect catatonique de ces troubles, et rattachait à une « action catatonigène » de la chlorpromazine l'apparition du syndrome. Delay, Deniker et leurs collaborateurs (4-5) montraient par l'électromyogramme les caractères spéciaux du tremblement, qui est plus rapide que celui du Parkinson.

Ainsi, l'action thérapeutique remarquable de la chlorpromazine se heurtait pour certains à une véritable complication. Il semble, à juste titre, que ce phénomène « d'imprégnation toxique » selon Deshaies (6)

constitue une gêne pour élever la posologie, qui reste ainsi comprise entre le seuil « minimum d'efficacité » et la dose « maxima toxique ».

Dans une étude complète et très nuancée, Le Guillant (8) a bien décrit les aspects les plus fins du « syndrome neuroleptique ». Il en a montré les fâcheux effets, aussi bien sur l'aspect global des services psychiatriques figés, inanimés et excessivement silencieux, que sur l'impossibilité de réadaptation et d'activation des malades soumis à un traitement qui les rend passifs et ne permet pas la coopération indispensable à la rééducation psychomotrice.

Si l'on se contente d'employer de faibles doses, la proportion des bons résultats obtenus demeure faible. Dans nombre de cas, il y a un intérêt majeur à parvenir à une posologie élevée. Celle-ci est seule susceptible de faire disparaître, dans certains cas, les grands symptômes fixés parfois depuis longtemps. Il importait donc de trouver un correctif qui, tout en ménageant leur action curative aux hautes doses de chlorpromazine, s'opposait à l'apparition des symptômes gênants du syndrome neuroleptique. Or, les correctifs connus s'avèrent jusqu'ici assez peu satisfaisants lorsque les doses de chlorpromazine dépassent un certain seuil. Fouks (7), l'un des thérapeutes les plus expérimentés dans l'usage des neuroleptiques, préconise l'artane et surtout l'heptamyl à fortes doses. Le Guillant (8) a exprimé sa déception après avoir essayé successivement le pipradiol et récemment le phénidylate. Seul l'heptaminol lui a donné de meilleurs résultats.

Pour notre part, nous avons constaté fortuitement que les malades recevant des doses notables de thiamine ne présentaient que très rarement un syndrome neuroleptique et, quand cette éventualité se produisait, c'était sous une forme très atténuée. Nous avons été conduits à employer des doses de plus en plus fortes de chlorpromazine, atteignant jusqu'à 1.000 et 1.300 mg., et corrélativement des doses de plus en plus élevées de thiamine, parvenant à 1.500 mg. par voie intramusculaire.

Notre expérience porte maintenant sur 79 malades, qui ont reçu dès le début de leur cure des doses progressives de vitamine B1, allant de 300 mg. à 1.500 mg., par voie intramusculaire, en même temps que des quantités de chlorpromazine croissantes de 100 mg. à 1.000 mg. par jour et plus, atteintes en trois à six semaines.

Chez quatre malades seulement, soit une proportion de 5 %, un syndrome neuroleptique, d'ailleurs discret, est apparu ; chez l'une à 850 mg., chez deux autres à 800 mg., et chez une dernière, qui avait reçu 28 g. 840 en cinquante jours, par doses ascendantes jusqu'à 800 mg., à la phase décroissante à 350 mg.

Au point de vue clinique, nous avons noté que le syndrome psychique du largactil de Delay et Deniker paraît généralement absent. Non seulement les malades ne sont pas inhibées, mais, au contraire, elles sortent de leur inactivité pathologique. Alors qu'elles reçoivent des

doses déjà élevées, elles demandent à se lever, comprenant difficilement la nécessité de l'alitement. Ceci peut être une gêne, car il faut redouter les accidents syncopaux d'orthostatisme, non supprimés par la thiamine.

Lorsque nous atteignons les doses de 7 à 800 mg. de chlorpromazine, nous observons que des catatoniques s'animent, elles cessent d'être discordantes, elles demandent à s'occuper, écrivent à leur famille. Dans les mêmes conditions, des délires hallucinatoires anciens disparaissent, laissant place parfois à une critique spontanée impressionnante.

L'absence d'œdème, de bouffissure de la face, le teint souvent coloré, l'expression animée des malades, contrastent avec ce que nous avions l'habitude d'observer « en milieu dignement chlorpromaziné », selon la pittoresque expression de Deshaies (6).

Notre expérience antérieure de la chlorpromazine seule était conforme à ce qui avait été constaté et décrit de façon classique par de nombreux observateurs. Dans 45 % des cas, pour Deshaies (6), dans 44,5 % chez les hommes et 40,4 % chez les femmes, pour Steck (12), de 150 mg. selon Delay et Deniker (4), de 300 à 400 mg. pour Letailleur, Morin, Monnerie (10), apparaissent des syndromes neuroleptiques plus ou moins gênants. Dans les traitements que nous employons, les doses de chlorpromazine susceptibles de produire un syndrome neuroleptique de façon fréquente, sont donc très largement dépassées.

La thiamine évite dans une assez large mesure, semble-t-il, l'apparition du syndrome neuroleptique. Elle permet ainsi une élévation du seuil de tolérance du médicament. L'efficacité de celui-ci ne semble nullement diminuée, puisque de nombreuses malades déjà traitées par des doses plus faibles ont présenté des guérisons et des améliorations très notables à la suite de l'intensification de la cure. Nous associons souvent des extraits hépatiques, dans un but de protection du foie, mais nous avons vérifié, chez une dizaine de malades, que seuls ils n'empêchent aucunement l'apparition du syndrome d'imprégnation.

Les fortes doses de thiamine par voie intramusculaire n'ont présenté aucun inconvénient majeur. Dans trois cas, nous avons constaté des hémorragies sans gravité, des épistaxis qui nous ont fait interrompre la vitamine B1. Nous avons fait des constatations analogues dans le traitement de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

Actuellement, nous n'avons aucune hypothèse explicative à donner de nos observations empiriques, mais le fait que nous avons constaté, d'une action préventive de la thiamine sur le syndrome neuroleptique de la chlorpromazine, apportant la possibilité d'augmenter très notablement les doses et d'obtenir ainsi de meilleurs résultats, nous a paru mériter de vous être rapporté.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. BARUK : Colloque international sur la chlorpromazine. *Encéphale*, numéro spécial, 1956, p. 174. — 2. DE BOUCAUD et FOURNIAL : *Journ. méd. de Bordeaux*, 1954. — 3. DELAY et DENIKER : Congrès des alién. et neurol., Luxembourg, 1952, *Comptes rendus*, p. 497 et p. 503. — 4. DELAY, DENIKER, BOURGUIGNON, LEMPÉRIÈRE : Colloque international sur la chlorpromazine. *Encéphale*, numéro spécial, 1956, p. 793. — 5. DELAY, SADOUN, ROBERT, GUIBERT : *Ann. méd.-psych.*, 1955, t. 2, p. 897. — 6. DESHAIES, RICHARDEAU, DESCHOSAL : *Ann. méd.-psych.*, 1957, t. 1, n° 3, pp. 423-471. — 7. FOUKS : Discussion. *Ann. méd.-psych.*, 1957, t. 1, n° 2, p. 337. — 8. LE GUILLANT et coll. : *Ann. méd.-psych.*, 1957, t. 1, n° 2, p. 316 et p. 329. — 9. LETAILLEUR, MORIN, DEMAY : *Ann. méd.-psych.*, 1955, t. 1, p. . . — 10. LETAILLEUR, MORIN, MONNERIE : Colloque international sur la chlorpromazine. *Encéphale*, numéro spécial, 1956, p. 806. — 11. STAHELIN : *Arch. suisses de neur. et psych.*, 1954, t. 73, n° 1-2, p. 288. — 12. STECK : Colloque international sur la chlorpromazine. *Encéphale*, numéro spécial, 1956, p. 783. — 13. THIÉBAUX, BOYER, LEBORGNE, KIFFEL : Réunion de Strasbourg, Nancy, *Ann. méd.-psych.*, 1954, t. 1, p. 732.

DISCUSSION

M. FOUKS. — Que mon ami Neveu me permette de le féliciter pour son intéressante communication. Je voudrais simplement, puisqu'il a eu l'amabilité de me citer, lui dire qu'à l'heure actuelle j'ai tendance à remplacer l'artane par un nouvel antiparkinsonien de synthèse, non encore commercialisé, le disipal, qui a des effets beaucoup plus psychotoniques que l'artane. Ainsi, non seulement les troubles antiparkinsoniens sont corrigés, mais aussi l'adynamisme. J'ai même l'impression que, dans certains cas, il y a une synergie et presque une potentialisation des neuroleptiques. Par ailleurs, des études comme celles de mon ami Neveu sont extrêmement intéressantes, car il n'est pas douteux, pour moi, que nous arriverons peu à peu à améliorer ces traitements et c'est exactement dans cette voie, qu'ainsi que mon ami Neveu, je travaille actuellement.

2^e PARTIE

DISCUSSIONS à propos des rapports sur :
DÉFINITION, CRITÈRES ET LIMITES
DE L'ACTUELLE SCHIZOPHRÉNIE

I

M. E. MINKOWSKI. — Vous serez d'accord avec moi pour dire que la réunion du 28 avril a été une belle séance qui nous a changé un peu de la fragmentation habituelle en communications isolées. Vous serez encore d'accord avec moi pour dire que cette séance doit être mise à l'actif de la schizophrénie, pour indéfendable qu'elle soit par ailleurs, et un peu aussi à l'actif du philosophe qui a cru pouvoir se mêler de cette affaire délicate d'une manière tout aussi indéfendable peut-être.

Seulement, si la schizophrénie pêche, sur le plan clinique, par une extension décevante, il y a un diagnostic dont vous vous servez fréquemment et avec aisance, qui la bat, pour ce qui est de l'imprécision, de plusieurs longueurs au moins ; c'est celui de philosophe. Quels en sont la définition, les critères, les limites ?

Aussi, lorsque mes très proches amis, Paul Abély et Paul Guiraud, disent qu'ils parlent en cliniciens et en neuro-biologistes, et moi en philosophe, je m'en sens quelque peu dérouté, meurtri même.

Certes, maint clinicien prétendra s'occuper uniquement des faits, tout le reste n'étant que philosophie et à proscrire en conséquence. Le tout est de voir ce que par fait, en médecine mentale, il y a lieu d'entendre. Bien sûr, si le malade dit percevoir des voix, et nous, à sa suite, nous parlons d'hallucinations auditives, voilà semble-t-il un fait indiscutable. Mais quel est le psychiatre qui voudra s'en tenir là ? Il sait très bien que, sous le terme générique d'hallucination, se trouvent réunies des manifestations qui, sur le plan clinique déjà, sont loin de pouvoir être alignées, en bon ordre et sur le même plan, les uns à côté des autres. Nous n'avons jamais affaire à des symptômes isolés ni non plus à une simple somme de pareils symptômes. Tout symptôme trouve sa vraie signification à partir du fond mental dont il procède. Idées de grandeur, d'un paralytique général, d'un paranoïaque ou d'un schizophrène, qu'ont-elles encore de commun en dehors du terme qui les désigne ? Ce n'est point sur ces termes que se bâtit la psychopathologie.

A propos du fond mental, je ne puis m'empêcher d'évoquer un souvenir. En 1940, entraient en vigueur les prescriptions raciales qui nous interdisaient de publier. Avant la date fixée par les nazis, avant ainsi de me tenir à l'écart de notre chère Société médico-psychologique pendant toute cette sombre période, j'éprouvais le désir de faire devant mes collègues, en profonde communion spirituelle avec eux, une dernière communication. Cette communication avait pour thème le fond mental. C'est vous dire, si je le choissais dans ces circonstances particulièrement dramatiques, combien ce sujet me tient à cœur, et sur un plan plus objectif, qu'il ne me préoccupe pas d'hier.

Le fond mental n'est pas, c'est évident, un assemblage de symptômes, du moment qu'il les sous-tend tous et leur donne leur signification. Essayer de le préciser, de le saisir sur le vif, demande un tout autre effort qu'énumérer des symptômes. Cela nous mène vers la recherche des troubles générateurs. C'est à partir du syndrome, dans sa spécificité, que la psychopathologie trouve son vrai objet, et non à partir des symptômes. C'est que, dans le syndrome, les symptômes ne font pas que coexister, mais se trouvent liés les uns aux autres de façon à former un vrai ensemble, en procédant du même fond mental. La meilleure preuve en est, et elle est caractéristique, que nous parlons, à juste titre, dans cette optique, de cas « purs » ou même de « beaux cas », cette pureté n'étant autre chose que la traduction, sans taches, si l'on peut dire, du fond mental, dans son aspect particulier et original. La recherche, centrée sur le problème psychopathologique ainsi posé, ne préjuge du reste, pour l'instant, ni d'une organo- ni d'une psychogénèse.

La psychopathologie de la schizophrénie, en confrontation constante avec d'autres syndromes caractéristiques, s'oriente dans la même voie. Cela a fait aussi que le centre de gravité de cette psychopathologie s'est déplacé de l'associationnisme vers des notions de nature à mettre au premier plan globalement le mode d'être du schizophrène, notions qui se trouvent préformées chez Bleuler lui-même et qu'on aurait tort de vouloir liquider en un seul mot en les qualifiant de philosophiques. Elles ne sont rien moins que ça, ouvrent des perspectives vers des démarches d'assistance et de psychothérapie.

Du reste, en neurobiologie, nous nous trouvons en présence d'une évolution analogue. Il suffit de rappeler ce que Paul Guiraud nous dit de la perte de l'ardeur vitale, de l'élan vital en tant que trouble générateur, dont tous les autres symptômes seraient dérivés ; d'abord, la désagrégation du moi et accessoirement, les troubles de l'association et des mots. L'élan vital, notion globale et élémentaire, non décomposable en facteurs, si chez Guiraud elle a trouvé son application en neurobiologie, a été pour moi le point de départ de mes recherches psychopathologiques.

Seulement, cette fois-ci, mon vieil ami Guiraud va quand même « un peu fort » lorsqu'il écrit à propos de psychopathologistes de mon espèce ; certains ne veulent étudier que l'atteinte de la personnalité en la personne du schizophrène ; ils semblent considérer cette personne comme une entité immatérielle pourvue provisoirement d'un corps. Croyez-vous vraiment que je tiens à apparaître devant vous comme entité immatérielle de cet ordre ? Je ne tiens nullement à me placer, dans mon immatérialité, au-dessus des critiques qui peuvent m'être adressées, à condition toutefois qu'on ne me traite pas de métaphysicien.

Les petits mots sont parfois lourds de conséquences. Dans la phrase précitée de Guiraud, où il écrit « n'étudient que », je supprimerais volontiers le « que », et je dirais seulement « étudient ». Car si j'ai étudié en premier lieu la psychopathologie de la schizophrénie, car telles ont été mes prédispositions personnelles, je n'ai point négligé le reste pour verser dans l'immatérialité.

M. Marchand a bien voulu rappeler une de mes phrases concernant l'hérédité. Je n'ai rien à changer à cette phrase et considère l'hérédité sous forme d'hérédité similaire avant tout, comme un critère appelé à consolider nos conceptions psychopathologiques.

En passant, je voudrais relever toute l'importance que j'attache à cette assertion de M. Marchand que chronique ne veut point dire incurable, assertion qui rejoint ce que M. Baruk nous dit des pronostics destructeurs. Car s'il y a des affections incurables, elles ne le sont qu'en fait. Inclure, par contre, l'incurabilité en tant que signe essentiel et intangible dans la notion même d'une affection quelle qu'elle soit, c'est adopter — et permettez au philosophe de le dire — une position anti-médicale au possible. C'est ce qui se produit pourtant en psychiatrie.

Ainsi, mes démarches se sont orientées vers la psychopathologie. Et tant que, pour la description de nos malades, nous aurons recours, non à un langage neurobiologique, mais à des termes psychologiques — et pour ma part je crois qu'il en sera toujours ainsi, pour le plus grand bien de la psychiatrie — il y aura matière à démarches psychopathologiques. Car, sur elles, se fonde ce qui se résume en trois mots et qui est de première importance, à savoir l'abord et la connaissance du malade mental, la connaissance du malade précisément et non uniquement de la maladie. A cette connaissance, à cet abord, nous sommes toujours ramenés tous, quelles que soient les doctrines que nous élaborerons au sujet de la maladie. Et cette connaissance toujours renouvelée ne débouche à vrai dire sur aucune doctrine ; elle se soucie avant tout de clarifier les termes dont elle se sert et de maintenir ainsi les phénomènes auxquels ces termes se réfèrent dans leur portée originelle. C'est ce que s'efforce de faire la phénoménologie.

Par là, ma voie s'écarte de celle que M. Delteil suit. Les divers facteurs auxquels il est fait appel, en vertu de la position prise, s'articulent si bien, trop bien même, pour se situer à l'échelle du mode d'être du schizophrène, tel que directement il se présente à nous. Pour moi, entre l'image de Narcisse et le monde autistique du schizophrène, il y a un tel écart que ramener celui-ci à celui-là ne fait qu'effacer les caractères spécifiques de l'un et de l'autre pour aboutir à une identification gratuite.

Vous ne serez point surpris maintenant d'entendre que j'ai été tout particulièrement sensible au témoignage que nous a apporté Daumézon. Il a mis l'accent sur ce qui est, à mes yeux également, l'essentiel. Mais parce que je me sens en accord avec lui, je m'attarderai moins à son propos. Je me borne à une seule phrase : « La référence à la schizophrénie ne saurait avoir d'autre sens qu'une référence structurelle de nature différente de la pensée nosologique. » Connaissance du malade et connaissance de la maladie, deux versants qui apparemment ne sont point superposables. Dualisme intolérable dès lors ? Ah, non ! Je ne considère point pareil état de choses comme un malheur qui pèserait lourdement, à l'instar d'un destin fatal, sur nous.

J'y vois au contraire l'expression de la « matière », que nous nous efforçons d'aborder de notre mieux et qui fait « l'âme » même de notre spécialité. Dualisme pour la raison raisonnante seulement, mais qui s'efface de lui-même dans la pratique, dans la « praxis ». Non deux thèmes opposés et inconciliables, mais un va-et-vient continu entre les deux, à l'instar d'une plaque tournante, comparaison imparfaite mais qui fait quand même image, et donne réponse à tout dualisme rationalisé à outrance.

Il se trouve qu'avec Paul Abély, depuis de longs mois, nous suivons la même malade, et là, circonstance curieuse à première vue, nous n'avons la moindre peine à trouver un langage commun. Au contraire, cela va tout seul. C'est que nous nous plaçons tous les deux au sein même de la « praxis », à la recherche non pas tant d'un diagnostic-étiquette, mais des voies d'approche vers la malade et de ce que, compte tenu de tous les facteurs qui entrent en jeu, nous pouvons faire pour elle.

Je ne puis que souligner brièvement tout l'intérêt que présente le rapport de M. Belley. La question se pose pourtant de savoir si, après avoir rangé dans la rubrique qu'il propose pour ses cas, il ne reste point encore une place, plus restreinte peut-être, pour la schizophrénie infantile. Il y a des enfants dont le comportement et la façon d'être rappellent à tel point ceux des schizophrènes adultes, qu'on ne peut pas quand même ne pas faire un rapprochement.

Avec M. Gallot, le climat change quelque peu, car cette fois-ci il s'agit de quelques flèches qui m'atteignent, non dans mon immatérialité, mais dans mon unité psychosomatique, flèches qui ne mettent nullement en cause nos bonnes relations. Seulement, comme j'ai eu l'occasion de le dire à maintes reprises, nous n'abordons pas tous les problèmes de notre spécialité sous le même angle, ce qui en fait d'ailleurs un des attraits. Gallot nous confie que le dernier congrès de Zurich l'a littéralement consterné ; il lui a semblé être le triomphe du verbalisme le plus vide. Eh bien, moi, — mais j'ose à peine le dire — je suis rentré ravi de ce congrès. Il est vrai que j'y ai eu pas mal de succès, et comme vous le savez dans nos appréciations, nous n'échappons, ni les uns, ni les autres, à une certaine dose d'égocentrisme, voire de narcissisme si vous voulez, sans verser toutefois nécessairement pour autant dans un monde autistique.

Je relève une coquille. Y a-t-il lieu de lui attribuer une signification en profondeur ? c'est à vous d'en juger. Nous lisons : C'est si vrai que M. Minkowski a pu dire et écrire plusieurs fois : peu importe le diagnostic de psychophrénie ou de psychasthénie. » Je puis vous assurer que je n'ai jamais formulé de phrase de cet ordre. Quant à celle qu'elle présuppose, je l'ai écrite, à ma connaissance, une seule fois, et ne l'ai jamais prononcée de vive voix. Du reste, je ne veux point me dédire, à condition que ni la schizophrénie ni la psychasthénie ne soient prises comme des étiquettes, mais comme se référant au contenu psychopathologique que Bleuler d'une part, et Janet de l'autre, leur ont donné et qui, en maints endroits, s'entrecroisent.

Mais il y a plus grave. Gallot semble m'accuser d'avoir contribué à faire naître confusion et désordre. On ne peut pas ne prendre au sérieux un reproche de cet ordre.

Il y a d'ailleurs plus grave encore. Il m'accuse d'avoir mis à mort en lui ma propre maîtresse, la schizophrénie, et indique même la date des décès, le 12 juin 1950, à la suite des remarques que je formulais au sujet d'une communication qu'il venait de faire. Certes, il me concède les vertus de gentillesse et de subtilité, mais vous savez bien que les méfaits perpétrés avec gentillesse et subtilité n'en paraissent que plus graves.

Mais de quoi s'agit-il au fond ? D'examiner sur le plan clinique la psychonévrose obsessionnelle et ses enchevêtrements possibles avec la schizoïdie et avec la schizophrénie. Je n'ai pas été le seul à m'en occuper, et le méfait n'est peut-être pas si grand qu'il a pu paraître. Quant à l'ordre,

n'est-ce point créer parfois du désordre en cherchant à mettre en trop bon ordre ce qui par certains côtés et par essence lui échappe ?

Tout cela, pour le dire encore une fois, ne porte nullement atteinte à mes sentiments très positifs à l'égard de Gallot et j'ai tout droit de penser qu'il en est de même de son côté. La gentillesse et la subtilité ne m'appartiennent point en exclusivité et puis, sur un point, et un point important, je suis entièrement d'accord avec lui, c'est lorsque, à l'encontre de ce que nous a dit Paul Guiraud, il affirme que la dissociation et la Spaltung ne sont point superposables. Mais je ne saurais insister davantage sur ce point.

Et c'est ainsi que du dialogue et non du monologue à la frontière de l'autisme jaillit parfois une étincelle de vérité, et c'est déjà bien beau ainsi.

Je m'excuse de n'avoir pas pu mentionner tous les rapporteurs. J'ai été déjà trop long. Pour terminer, quelques mots seulement à l'adresse de nos jeunes collègues, ceux du fond de la salle, et à ce fond de la salle, pour la vitalité de notre Société, j'attache la même importance, *mutatis mutandis*, qu'au fond mental ; assis d'ailleurs, à l'image de la psychiatrie elle-même, inconfortablement sur des banquettes sans dossier. A la question : qu'est-il sorti de ce débat ?, les esprits chagrins répondront : mais rien du tout. Ils n'auront peut-être pas tout à fait tort. Vous l'avouerez-vous ?, à la lecture des textes, j'ai eu presque la même impression fâcheuse. La séance du 28 avril a été pourtant une belle séance. Les applaudissements nourris qui portaient du fond de la salle précisément en étaient le meilleur témoignage. Entre le texte écrit et la parole parlée et parlante, il y a un écart. Un dialogue, à voix multiples du reste, mené par vos anciens, s'est déroulé devant vous et le dialogue, une des formes essentielles des échanges inter-humains, n'a pas nécessairement pour but de convaincre, ni d'aboutir, à la fin du débat, à une motion adoptée à l'unanimité ou du moins à la majorité absolue des suffrages exprimés. Il s'engage dans une autre voie, et, tissé de fils subtils, fait réfléchir et porte ses fruits, bien après le débat parfois. La pensée est toujours en marche. Ce dialogue, vous le poursuivrez à votre tour. Il n'en sortira rien apparemment, mais menez-le quand même. Menez-le, sans verser trop rapidement dans un monologue, ce monologue pouvant d'ailleurs concerner des groupements ou des écoles qui trop hâtivement se referment sur eux-mêmes et se détachent ainsi de la psychiatrie. Le dialogue cherche à entr'ouvrir des portes closes. Il ne s'agit point d'opter pour un oui ou pour un non, mais de rester dans la mesure du possible disponible, et je citerai une fois de plus cette phrase de Paul Abély : Aucun effort n'est vain, pourvu qu'il soit désintéressé et impartial, en y ajoutant : dans la mesure du moins où ces vertus sont à la portée humaine.

II

M. P. DELTEIL. — Au cours de cette brève intervention, je voudrais essayer de préciser quelques points concernant l'étiopathogénie de la schizophrénie d'une part, et les rapports entre la schizophrénie et les névroses d'autre part.

En ce qui concerne l'étiopathogénie, il paraît difficile d'envisager une étiologie univoque au processus schizophrénique, dont l'apparition paraît être due à l'interaction de multiples facteurs :

Ce sont d'abord des facteurs ayant joué à un stade plus ou moins précoce un rôle perturbateur du développement de la personnalité, et plus particulièrement de la vie affective : causes héréditaires, génétiques, affections graves de la petite enfance, conditions défavorables d'un milieu, pathogènes plus souvent par des frustrations minimes, mais indéfiniment répétées, que par de graves stress, étant entendu qu'il existe toujours un balancement entre l'importance du facteur congénital et celle du milieu, le pouvoir pathogène de l'entourage s'exerçant d'autant plus facilement que le terrain est plus fragile.

Quant aux facteurs considérés comme étant les causes immédiates d'une schizophrénie au début (que ce soient des facteurs toxi-infectieux, moraux ou sociaux), ils ne semblent jouer un rôle déclenchant que parce qu'ils atteignent une personnalité déjà profondément altérée. L'influence de la puberté déterminant des modifications biologiques, biochimiques, va jouer un rôle analogue en réactivant la force des instincts sexuels et agressifs, remettant en question tout le problème de l'équilibre affectif de la personnalité, de sa capacité d'adaptation au monde extérieur et du maintien de ses relations objectales.

Il paraît difficile, en effet, de dissocier le vécu psychologique et affectif d'un sujet des modifications biochimiques, métaboliques, humorales, ioniques (Laborit et Coirault), qui l'accompagnent, ces deux éléments étant susceptibles d'interagir l'un sur l'autre.

Mais, si l'unité somatopsychique nous paraît indissociable, le type de réaction d'une personnalité placée en face d'une difficulté d'adaptation, d'un stress au sens très large du terme, qu'il soit somatique ou psychologique, dépend de la structure de cette personnalité, de la nature des mécanismes de défense dont elle use habituellement, de sa capacité à maintenir un lien objectal dans toutes les situations. Or, c'est justement l'extrême fragilité de leurs relations objectales qui nous paraît caractéristique du schizophrène.

L'autisme, que M. Minkowski place avec d'excellentes raisons au centre de la psychopathologie de la schizophrénie, révèle certes, ainsi qu'il le dit, « une façon d'être, un mode d'existence particulier », mais nous paraît surtout traduire l'échec des multiples tentatives que le sujet a faites auparavant pour maintenir des relations avec autrui, en raison des intolérables frustrations que lui apporte le contact des autres, de l'intensité des réactions agressives et anxieuses qu'elles réactivent. Contre ces réactions émotionnelles trop vives, qui tendent à le submerger, le schizophrène va s'efforcer de créer en lui un état d'indifférence émotionnelle, de détachement apparemment complet qui constitue un mécanisme psychologique de défense contre ses affects intolérables.

La tendance au retrait du monde extérieur que traduisent l'autisme et l'indifférence existe à l'état latent depuis longtemps chez la plupart des schizophrènes. Une malade, rattachant son anxiété à son sentiment d'incapacité à maintenir un lien avec les autres nous dit : « Ce lien si ténu que j'ai toujours eu tant de peine à garder se brise sous le moindre prétexte. »

Un autre schizophrène s'exprime ainsi : « Depuis mon enfance, je me suis développé en dehors de la société et toutes les tentatives que j'ai faites pour y pénétrer ont abouti à un échec..., la vie n'est possible que dans l'illusion. »

C'est justement cette incapacité de maintenir des relations avec autrui qui semble différencier les schizophrènes des névrosés. Les travaux psychanalytiques sur les névroses ont montré que l'organisation de la personnalité de ces sujets leur permet de maintenir des relations stables avec leur entourage grâce à certains mécanismes de défense dont l'utilisation électorale caractérise chaque névrose. Ces mécanismes de défense protègent ces sujets contre l'angoisse que ferait naître une relation trop directe avec leur objet, en raison du caractère violent et destructeur des désirs instinctuels, en maintenant entre eux et leur objet une certaine distance (Bouvet).

Les différents types d'organisation névrotique correspondent à des niveaux plus ou moins profonds de fixation ou de régression de la vie affective à des stades plus ou moins précoces du développement. On sait que la schizophrénie correspond à une régression de la vie affective au stade prégénital oral, caractérisé par une extrême faiblesse de la personnalité dont le maintien de l'intégrité dépend de la persistance de relations stables avec un objet électif, leur rupture aboutissant à des phénomènes de dépersonnalisation, ou, à un stade plus grave, à un épisode délirant aigu. « Ils (les prégénitaux) nourrissent avec leurs objets des rapports extrêmement étroits,

non seulement parce que cette relation leur est indispensable, mais aussi parce que la maturation imparfaite de leurs pulsions le leur impose. Fixés pour une certaine part, régressés pour une autre, leurs besoins instinctuels se présentent globalement avec la violence, le manque de nuances, l'absolu des désirs et des émois du tout petit enfant... Ils éprouvent des émotions d'une violence cataclysmique, que ce soit dans un sens ou dans un autre..., la variabilité de leurs sentiments est extrême et explicable par l'ambivalence... Ils passent de l'amour le plus absolu à la haine la plus totale avec une extrême facilité. » (Bouvet). Ces traits de caractères communs à tous les sujets ayant régressé à un stade prégénital (anal ou oral) du développement affectif s'observent dans les structures obsessionnelles, hystérophobiques graves, et schizophréniques. Ce qui différencie les névrosés des schizophrènes est, nous l'avons vu, l'existence, chez les premiers, de mécanismes de défense spécifiques qui leur permet une relative stabilité dans les relations avec leurs objets alors que, chez les schizophrènes, ces mécanismes sont inexistantes ou inefficaces à les protéger contre l'angoisse, née de ce que, chez eux, le maintien de la relation avec autrui étant à la fois indispensable et impossible, ils n'ont d'autre issue que l'indifférence et le repli autistique, au prix d'une régression au tout premier stade du développement de la vie affective et d'un bouleversement de leur mode de pensée, aboutissant à la discordance.

L'on comprend ainsi que, puisque la schizophrénie correspond à une régression à un stade plus primitif que celui des névroses, il peut exister d'étroites relations et des formes de passage entre elles et les névroses. Un hiatus important les sépare, né du maintien ou non des relations avec autrui et de l'aptitude à percevoir ou non la réalité objective (ceci en fonction de l'importance des phénomènes de projection du monde intérieur fantasmatique dans le monde extérieur). Mais ce hiatus n'est ni absolument étanche, ni toujours définitif.

On voit aussi l'importance qu'il y a à donner aux schizophrènes la possibilité de rétablissement des relations avec autrui par une action psychothérapique dans laquelle la chaleur du contact, l'ambiance du milieu dans lequel le malade est placé, l'intérêt permanent dont on l'entoure nous paraissent des éléments plus importants qu'une simple relation verbale psychothérapiquante.

III

M. Fouks. — Après une aussi longue séance, je m'excuse de vous importuner encore, d'autant plus qu'après l'intervention de mon maître, M. Minkowski, je risque d'apparaître comme un béotien. Je tenais en effet à prendre sa défense. Je sais bien que les quelques grains de sable irritants que l'on a envoyés dans son jardin n'ont guère d'importance, et qu'autant en emporte le vent. Avec sa gentillesse, sa finesse, sa simplicité proverbiales et habituelles, il vient lui-même de répondre aux attaques qui lui ont été adressées.

Vous l'avouerais-je ? Je ne comprends pas très bien la raison ni la signification de ce grand débat. De quoi s'agit-il en somme ? Veut-on mettre la schizophrénie en accusation en tant que maladie mentale ? N'est-ce point un vain problème qui porte à faux puisque Bleuler, lui-même, l'a intitulée : « groupe de maladies mentales » et dit qu'il en faisait déjà, non pas une maladie, mais un syndrome. Pense-t-on alors que cette schizophrénie, même en tant que syndrome, ne répond plus à rien, et qu'il convient de la rayer de nos étiquettes ? En ce sens, l'intervention de mon ami Beley me paraît de loin la plus systématique et la plus cohérente. Il nous a dit que, chez l'enfant, il n'y a point de schizophrénie, mais uniquement des démences infantiles. Mon maître, Minkowski, vient à l'instant de lui faire remarquer

que, dans certains cas, ce diagnostic ne pouvait être évité. Personnellement, je dois dire qu'aucun des cas que Beley nous a présentés ne m'aurait incité à parler de schizophrénie infantile, mais bel et bien, ainsi que lui, de démence. Cependant, ainsi que M. Minkowski, je crois qu'il y a quelques cas rares authentiques de schizophrénie infantile, étant bien entendu, d'ailleurs, que derrière ce tableau clinique de schizophrénie, il existe un processus organique.

Il résulte alors de ce débat qu'il subsiste des schizophrénies surtout chez l'adulte puisque, Beley excepté, aucun des orateurs n'a supprimé cette notion. Il me paraît dès lors évident que le débat porte, non point sur la schizophrénie, mais sur une certaine conception de la schizophrénie : celle de M. Minkowski, c'est pourquoi je voulais le défendre. Certains, en effet, rejetant les acquisitions apportées par M. Minkowski, en reviennent à une conception de la schizophrénie par dissociation ou spaltung. Cela me paraît étonnant, car ainsi que l'a dit Daumézon, c'est restreindre la schizophrénie à des formes grossières et terminales, ce que l'on ne saurait accepter. La schizophrénie n'est pas une maladie mais un mode de réaction qui ne préjuge en rien de l'étiologie ni de la pathogénie. D'ailleurs, la paralysie générale exceptée, connaissons-nous mieux les mécanismes physiopathogéniques de la psychose maniaque-dépressive, ou des névroses ? Personnellement, je ne le crois pas.

Reste alors un autre problème, celui du diagnostic des syndromes aigus et chroniques de la schizophrénie. Mon ami Neveu me faisait remarquer à l'instant qu'on ne devrait point parler de chroniques, mais seulement d'affections de longue durée. Sous cet angle, il y a effectivement un problème pronostic. Pouvons-nous faire le partage entre les réactions schizophréniques aiguës et rapidement réversibles, et les réactions schizophréniques de longue durée. Personnellement je ne le pense pas, et je crois que nombre d'auteurs, parmi les plus éminents, partagent ce point de vue. Ce diagnostic est pratiquement impossible, en tout cas, ce n'est pas un diagnostic de cabinet. Seule l'observation prolongée du malade, la connaissance de ses antécédents, les observations de ceux qui sont amenés à vivre avec le malade, en particulier de nos infirmiers, lorsqu'ils sont bien formés, ainsi que l'épreuve du traitement, peut nous permettre, au bout d'un certain temps, de nous faire une idée, et de porter un tel pronostic sans trop d'erreur. D'ailleurs, faut-il rappeler après d'autres que, dès sa naissance, la schizophrénie a été conçue comme une maladie susceptible de rémission et même de guérison. M. Minkowski, et surtout Mme Minkowska, ont fait de nombreuses et pénitantes études sur les ressources du schizophrène, c'est-à-dire sur les possibilités de résurrections. Là encore, je ne vois point ce qu'on pourrait lui reprocher, et je crains fort que ceux qui l'accusent ne projettent sur lui leurs propres erreurs. Car, limiter la schizophrénie aux formes dissociatives terminales, c'est la concevoir comme une maladie chronique et incurable.

Abordons alors les schizophrénies cycliques ; que l'on parle de psychose maniaque-dépressive ou de schizophrénie cyclique, ne me semble pas d'un grand intérêt. Il en est de même des formes où certains ont cru pouvoir rejeter le diagnostic de schizophrénie pour porter un diagnostic de névroses d'échec. Étant donné notre ignorance des mécanismes intimes de tous ces troubles, ainsi que l'absence de tests biologiques, je ne vois pas sur quoi l'on pourrait se baser pour faire une telle distinction, et ainsi que M. Minkowski l'a dit tout à l'heure, il s'agit là au fond d'une simple question de terminologie et de convenances personnelles.

En ce qui concerne la schizophrénie conçue uniquement sous l'angle de la dissociation, je crois pouvoir dire qu'il s'agit de formes grossières et tardives à tel point qu'il me serait impossible de me tirer d'affaire dans ma pratique quotidienne, si je m'en tenais à cette notion. En effet, l'usage des neuroleptiques m'a appris que nombre de schizophrénies profondément dis-

sociées s'améliorent et se stabilisent ; elles ne sont plus dissociées, mais elles ne sont pas entièrement guéries pour autant et restent des schizophrénies. Seule la schizophrénie décrite par M. Minkowski me permet de reconnaître ces malades, et d'en faire le diagnostic. C'est, pour moi, l'un des mérites les plus marquants de M. Minkowski que d'avoir su analyser d'une façon pénétrante nombre de conduites schizophréniques avant toute dissociation, et d'avoir ainsi précisé la manière d'être ou, comme le dit Daumézon, le style schizophrénique. L'analyse pénétrante du schizophrène qu'a faite M. Minkowski lui a permis de passer des formes caricaturales et pathologiques aux individus subnormaux. La schizoïdie n'étant d'ailleurs point conçue comme maladie mentale, mais comme un simple caractère anormal du point de vue psycho-pathologique, il reste toujours un fossé entre le schizoïde et le schizophrène. Mais il y a un fossé encore plus grand entre le schizoïde et l'introverti. Contrairement à ce que prétend M. Gallot, c'est cette analyse de conduites pathologiques qui me paraît la partie la plus importante et la plus vivante de l'œuvre de M. Minkowski. C'est sur elle que personnellement je m'appuie, et je dois dire que, si je m'en tenais à la dissociation, je ne poserais le diagnostic de schizophrénie qu'une ou deux fois tous les deux ou trois ans. D'ailleurs, si l'on conçoit la dissociation sur le même style que M. Gallot conçoit l'autisme et la schizoïdie, où pourrions-nous nous arrêter, car tout deviendrait aisément dissocié.

Que M. Paul Abély me permette de lui poser une question : s'agit-il d'une raréfaction des schizophrénies au profit des névroses, ou d'autres formes pathologiques, ou au contraire d'une évolution de la schizophrénie : évolution spontanée ou secondaire au traitement neuroleptique, ou encore d'un diagnostic précoce avant l'apparition de ce phénomène tardif et presque terminal qu'est la dissociation. M. Paul Abély a dit fort justement qu'en psychiatrie aucun apport n'était à rejeter. S'il me semble inutile de s'inquiéter comme certains d'une évolution physiologique, et surtout thérapeutique, qui se ferait malgré nous, car c'est là chose impossible : d'une part, il est certain qu'un psychiatre ne saurait se désintéresser de la neuro-physiologie et de la neuro-chimie, d'autre part, il me paraît encore plus certain que les études expérimentales, malgré toute la série de tests pharmacodynamiques proposée, sont incapables de nous permettre de prévoir l'action d'une drogue et de nous dire ses indications. *In fine*, le clinicien reste toujours le seul juge de ces nouvelles thérapeutiques, et les laboratoires avisés le savent bien. Il me paraît par contre beaucoup plus dangereux de négliger la psychologie, voire même la philosophie. La psychiatrie est pour moi un tourment constant, mon maître Minkowski le sait bien, qui me reproche souvent de faire des complexes d'infériorité, et d'être plein d'avidité ; nous sommes placés à un carrefour des sciences de l'homme, et rien dans notre pratique ne saurait nous laisser indifférents. Seules, la psychologie et la phénoménologie ont permis à M. Minkowski cette pénétration de l'état schizophrénique, qui nous permet de n'être point dérouté par l'évolution actuelle. Seule une bonne formation psychologique peut nous permettre de ne point confondre un simple introverti avec un schizophrène.

Pour terminer, qu'on me permette d'ajouter qu'il serait dangereux pour nous de nous désintéresser de la psychologie puisqu'alors d'autres s'en occuperaient à notre place. Il y a là, pour la psychiatrie, un très réel et très pressant danger. Si nous délaissions la psychologie et laissons le champ libre aux psychologues, ils ne manqueraient pas de prendre notre place pour le plus grand malheur des malades et de la psychiatrie.

IV

M. André BELEY. — Je veux ajouter un mot très bref à la communication faite ici il y a deux mois. Je me dois d'abord de donner à la Société des nouvelles des douze enfants baptisés schizophrènes que nous avons groupés

à Vaucluse dans une salle où ils sont traités tout le jour en psychothérapie collective.

J'aurais voulu pouvoir vous amener le groupe entier, afin que vous jugiez vous-mêmes combien ils correspondent peu à la description habituelle de la dissociation schizophrénique. Ils sont autres : ce sont des déments précoces infantiles. Adopter pour eux des mots tels que : disjonction, écartèlement, asynergie affectivo-intellectuelle, etc... s'avère absolument vain. Ce sont en réalité des incohérents dont la conduite est chaotique, dont la pensée est fragmentaire, dont les sentiments sont centripètes. Quelques-uns sont délirants, mais ce délire n'a rien d'original ni de primaire. Certains sont hallucinés. Tous sont anxieux, et leur angoisse est le fait qui domine leur séméiologie.

J'ai parlé pour eux de psychothérapie collective. Il s'agit en réalité d'une sociothérapie élémentaire, à travers laquelle on cherche seulement à augmenter la permanence des contacts affectifs et les mises en train pragmatiques. Plusieurs mois de ce traitement ont confirmé qu'il s'agit bien d'états intellectuellement irréversibles. Le seul but poursuivi est d'obtenir une meilleure sécurisation. Le seul résultat atteint est la diminution de l'anxiété. C'est peu, mais cela vaut la peine.

Sur ces douze enfants, dont nous connaissons plus ou moins bien les antécédents toxi-infectieux, huit ont été à ce jour l'objet d'une encéphalographie fractionnée. Chez cinq d'entre eux, on a constaté d'importantes déformations, des asymétries ventriculaires, au niveau des cornes frontales ou occipitales. Sans pouvoir toujours parler d'atrophie, il y a cependant souffrance organique de la masse encéphalique dans quelques-unes de ses parties.

Encore une fois, je ne veux pas dire que la lésion explique l'ensemble du tableau démentiel. Il est hors de doute que les agressions exogènes s'intriquent étroitement avec les modes d'existence : l'angoisse et le début d'incohérence de l'enfant entraînent les responsabilités secondaires provenant de l'entourage humain du malade.

Il nous faut aussi revenir sur les résultats électro-encéphalographiques observés chez ce genre d'enfants. Il montre combien ces cas sont à la fois simples et compliqués : simples en apparence parce que l'affection mentale n'a pas attendu la structuration, et qu'il s'agit d'ébauche et d'inachèvement de personnalité ; compliqués en réalité puisque l'électro-encéphalogramme donne souvent des tracés de surmaturation, et que la maturation fonctionnelle excessive vient se combiner au défaut de structuration.

Ces résultats devraient amener à étudier bien davantage la schizophrénie de l'adulte à travers les fausses schizophrénies de l'enfant. L'adulte schizophrène ne serait-il pas un surmaturé, qui souffre dans sa thymie d'un excès de vigilance ?

Ceci dit, je crois, comme l'a dit M. Minkowski, que l'on rencontre de temps à autre, — l'exception positive confirmant la règle négative, — des enfants de moins de 12 ans qui répondent à la description classique de la dissociation schizophrénique de l'adulte. Dans ces cas, les troubles ont débuté au cours de la deuxième étape de personnalité, c'est-à-dire entre 6 et 8 ans, jamais avant. Mais, encore une fois, de tels cas sont absolument exceptionnels, tant sur le plan de la philosophie que sur celui de la neuro-physiologie.

La séance est levée à 19 heures 15.

Le secrétaire général :

Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 9 janvier 1958

Tuberculome intramédullaire dorsal,
par MM. I. BERTRAND, J.-M. GUILLAUME, M. SAMSON et Y. GUÉGUEN

Malade âgée de 19 ans, présentant un syndrome pyramidal fruste, des troubles de la sensibilité profonde, une hypoesthésie droite remontant jusqu'en D6 et D7, des réflexes d'automatisme médullaire, une bande bilatérale d'hyperesthésie de D5 à D7. Intervention. Tumeur qui comprimait la moelle. Le diagnostic de tuberculome fut une surprise histologique. La guérison est suivie d'un traitement antibiotique prolongé.

Compression médullaire par kyste spinal extradural congénital chez un enfant de 6 ans. Opération, guérison, mais développement ultérieur d'une cyphose, par MM. R. GARCIN, Cl. LAUNAY, J. GUILLAUME et A. HADENGUE.

Chez un enfant de 6 ans, paraparésie progressive des membres inférieurs sans douleur, sans troubles de la sensibilité subjective. Elargissement du canal spinal au niveau de D6, D7, D8, D9, mis en évidence par radiographie. Intervention. Kyste spidural. Résultats excellents. Dans la suite, apparition d'une cyphose avec légère scoliose.

Sur un cas de « myopathie progressive tardive » du type Nevin,
par MM. R. GARCIN et J. LAPRESLE

Chez une malade de 66 ans, apparition d'une faiblesse de la racine des quatre membres, puis de troubles de la déglutition. Une biopsie musculaire montre un aspect typique de « myopathie progressive tardive » du type décrit par Nevin (nécrose segmentaire des fibres avec présence de macrophages sans réaction inflammatoire). Une corticothérapie surrénale prolongée amène rapidement une amélioration considérable, puis une guérison complète.

Le réflexe pollico-mentonnier dans les hématomes sous-duraux, son évolution en fonction du degré du collapsus cérébral, par MM. J. PECKER, A. JAVALET et J. Tuset.

Le réflexe pollico-mentonnier s'observe fréquemment dans les lésions frontales. Les auteurs ont eu la surprise de le trouver également dans quatre cas d'hématomes sous-duraux. Ce réflexe a évolué parallèlement à l'importance du collapsus, il était d'autant plus facilement obtenu que le malade présentait un collapsus plus important.

Accidents cérébraux post-artériographiques,
par MM. M. ROUZAUD et P. JOBARD

Les artériopathies carotidiennes, considérées comme des examens de routine, peuvent entraîner des accidents graves. Rapport de trois cas dont un suivi de mort. Il semble que le processus est le même dans les trois cas, mais à des degrés différents. Le produit ne paraît pas en cause. L'artériographie constitue une agression neuro-végétative dans une zone réflexogène génératrice d'accidents. Les réactions anxieuses du malade peuvent aussi jouer un rôle.

Syndrome psycho-névropathique révélateur d'une maladie osseuse de Paget, par MM. P. JOUBERT, M. ECHENOZ et R. MISRAHI

Malade âgée de 51 ans, qui est atteinte d'un état dépressif avec hypochondrie, anxiété, révélateur d'une maladie osseuse de Paget bien caractérisée radiologiquement. L'examen neurologique décèle une certaine apraxie, une atrophie du membre supérieur droit type Aran-Duchenne, une hémiatrophie linguale droite, un syndrome cérébelleux, du nystagmus.

L. MARCHAND.

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 26 avril 1958

à l'hôpital psychiatrique de Ravenel (Vosges)

Présidence : M. SCHUTZENBERGER (Ravenel)

Pinéalome à manifestations psychiques initiales,
par MM. P. JUILLET, A. GUIBERT, M. VERGEZ, P. BALLAND et Cl. BARROIS (Nancy)

Observation d'un malade atteint de pinéalome à symptomatologie initiale constituée par une apathie avec indifférence et méconnaissance du patho-

logique, associée à un ralentissement intellectuel global. Les signes évocateurs (syndrome de Parinaud, modification du fond d'œil et hypertension intracrânienne) ne sont apparus qu'après un délai de plus de trois mois. Le diagnostic était rendu d'autant plus malaisé que les troubles psychiques ont débuté au cours d'un épisode grippal typique.

Reflexions psychopathologiques sur un délire à trois,
par MM. H. MAUREL, J.-P. SPIELMANN et Mme MILETIC (Rouffach)

Psychose revendicatrice fondée sur un délire d'interprétation et d'imagination à thème de préjudice et d'érotomanie, chez trois sœurs débiles mentales dont deux jumelles homozygotes. Sujet inducteur moins intelligent qu'un des sujets « passifs ». Sthénie plus marquée chez l'un des sujets induits. Evolution chronique des trois psychoses après dissociation du groupe délirant. Observation rangée par les auteurs dans le cadre de la « folie simultanée » de Régis. Prépondérance de facteurs héréditaires. Rôle mineur et contingent de la contagion mentale. L'identité d'aspect des trois psychoses s'expliquerait, plutôt que par des réactions interpsychologiques, par l'influence extérieure prédominante d'une commune situation dans le milieu social.

Névrose obsessionnelle symptomatique d'une épilepsie temporale,
par MM. LANTER, SIFFERMANN et Mme MILETIC (Rouffach)

Observation d'un homme de 32 ans, présentant une intrication de troubles de la série obsessionnelle et de la série comitiale. L'articulation des deux séries morbides était réalisée autour de l'obsession-phobie de livrer par négligence ou distraction des renseignements susceptibles d'être utilisés à son détriment par des agresseurs imaginaires. Des manies défensives tendaient à le maintenir constamment en état d'alerte. Une étude minutieuse de l'évolution indiquait que le malade était sujet à de très discrets vertiges épileptiques dont il ignorait la véritable nature. Une publication plus détaillée sera faite du cas ultérieurement, en raison de son intérêt théorique pour les relations des obsessions et des épilepsies larvées.

Un cas d'atrophie cérébrale à symptomatologie polymorphe,
par MM. Th. KAMMERER, P. SCHOCH et Mlle H. SALOMON (Strasbourg)

Observation d'une femme de 49 ans, roumaine, transplantée en France avec antécédents héréditaires de type mélancolique. Apparition des troubles mentaux actuels à 47 ans : idées délirantes à thèmes préjudiciels et mélancoliques avec épisodes stuporeux. Evolution vers un syndrome obsessionnel à type idées obsessionnelles absurdes, impulsion d'avaler des objets très divers, de répéter intérieurement des mots pour les épuisier et les chasser de la conscience. Détérioration aux « tests ». Trois encéphalographies gazeuses répétées à plusieurs mois d'intervalle montrent une atrophie cérébrale progressive. Amélioration du syndrome permettant à la malade de reprendre son train de vie habituel.

Deux cas d'encéphalite post-grippale,
par Mme Th. CAHEN, MM. F. LANG et H. MAYER (Ravenel)

Présentation de deux observations de syndrome encéphalitique au cours d'une épidémie de grippe. Des problèmes diagnostiques sont évoqués. L'absence de réactions cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien dans l'un et l'autre cas a fait errer un certain temps le diagnostic. Chez un garçon de 9 ans, l'hypothèse d'une maladie de Wilson fut d'abord envisagée, mais non confirmée par les tests hépatiques, cuprémie et antécédents.

Chez une femme de 47 ans, les modifications de la réaction du benjoin colloïdal, seules observées dans le liquide céphalo-rachidien, ont pu faire penser à une sclérose en plaques aiguë. Dans l'un et l'autre cas, la notion d'un épisode fébrile, au cours d'une épidémie de grippe dans les jours qui ont précédé a fait rapporter l'étiologie de ces syndromes à la grippe.

En conclusion, la constatation d'un liquide céphalo-rachidien normal ne doit pas faire écarter le diagnostic d'une encéphalite constituée. Intérêt, en présence d'un syndrome neurologique aigu, à manifestations polymorphes, de rechercher systématiquement dans les antécédents récents la possibilité d'un épisode infectieux, même banal.

L'électro-encéphalogramme dans 26 cas d'association alcoolisme-épilepsie, par MM. J.-R. COHEN, R. POIRE, A. PARMENTIER et P. LAPORTE (Nancy).

Electro-encéphalogramme pratiqué chez 26 malades adressés pour cure de désintoxication. Ces malades peuvent être cliniquement divisés en trois groupes : 8 cas où l'épilepsie préexiste à l'alcoolisation chronique, 5 cas où les premières crises apparaissent quelques mois après un traumatisme crânien grave, 13 cas où les crises comitiales ne sont survenues qu'après de très nombreuses années d'alcoolisation (quinze ans au minimum). Les enregistrements ont été pratiqués trois semaines après l'admission des malades, à l'aide d'un appareil de 16 canaux. Les seuls procédés d'activation employés sont l'hyperpnée et la stimulation lumineuse intermittente. Sept des huit tracés du premier groupe sont perturbés dans le sens de la comitialité, le seul tracé non altéré étant celui d'une épilepsie de longue date bien équilibrée par le traitement. Les tracés des cinq épilepsies vraisemblablement post-traumatiques sont de type irritatif avec focalisation très marquée. Sur les treize épilepsies paraissant alcooliques, cinq n'ont été, semble-t-il, que révélées par l'alcool ; les dysrythmies enregistrées sont typiquement comitiales. Les huit autres tracés ne sont pas altérés dans le sens de la comitialité. Quatre malades très intoxiqués ont des tracés voisins caractérisés par la régularité, l'abondance et la diffusion du rythme de base alpha compris entre huit et neuf cycles. Des tracés semblables avaient été remarqués par Fauré et Bannel chez des malades de ce type. Deux autres malades ont des tracés rapides, désynchronisés, de bas voltage. Ces malades paraissent intellectuellement peu affaiblis, mais très anxieux. Pour les deux derniers malades, les électro-encéphalogrammes n'ont rien de caractéristique. L'électro-encéphalogramme standard ne présente pas d'altérations caractéristiques de comitialité dans les épilepsies de l'intoxication alcoolique chronique, épilepsies dont la fréquence apparaît d'autant plus élevée que les troubles caractériels sont eux-mêmes plus prononcés.

Premiers résultats de l'action du lévomépromazine (nozinan) dans les syndromes dépressifs, par MM. L. SINGER, R. DOREY et M^{lle} M.-L. MONDZAIN (Strasbourg).

Les auteurs rapportent les résultats obtenus avec la lévomépromazine dans seize cas de dépression de type mélancolique et de type névrotique. Les syndromes mélancoliques simples, anxieux ou délirants, ne semblent avoir été nullement influencés par cette thérapeutique et les auteurs ont dû avoir recours à la sismothérapie, qui entraîna toujours la guérison. Dans les états névrotiques, au contraire, une amélioration notable a été obtenue portant surtout sur l'anxiété. Les auteurs signalent enfin l'intérêt de l'association lévomépromazine-barbituriques dans les cures de sommeil.

A propos de deux observations de malades traités par la prochlorpémazine, par M. PERRIN et M^{lle} HAUMONTÉ (Rouffach)

Ces deux exemples, si différents dans leurs formes symptomatiques (et ils se sont vérifiés pour nombre de cas, s'ils ont été pris comme type de description, c'est qu'ils étaient démonstratifs), nous donnent à penser que, sur une psychose hallucinatoire chronique de date récente, le stémétal agit rapidement, amenant très vite une sédation de l'angoisse et une disparition complète des phénomènes hallucinatoires. Spontanément, une ébauche de critique de l'état morbide apparut, qui se précise petit à petit, en même temps que la guérison persiste, pourvu que le sujet accepte volontairement de suivre un traitement d'entretien à doses modérées (40 à 60 mg. pro-dose) puis à doses dégressives jusqu'à 10 à 20 mg.

Dans le cas de schizophrénie chronique, il semblerait que la prochlorpémazine n'agit de façon lente et progressive, mais sûre, qu'à doses élevées (450 à 600 mg.). Mais l'amélioration n'apparaît nettement que lorsqu'on réduit brusquement les mêmes doses au 1/3 (effet de décrochage). A partir de ce moment, il est possible d'espérer une guérison. Toutefois, l'on peut supposer que le terrain a été préparé par l'action de la chlorpromazine. Il y aurait donc intérêt à utiliser successivement et pendant longtemps ces deux phénothiazines.

Modifications du liquide céphalo-rachidien notées au cours de certaines cures neuroleptiques, par MM. PERRIN, SOOS et M^{lle} HAUMONTÉ. (Rouffach)

Les traitements neuroleptiques produisent des modifications du liquide céphalo-rachidien (déviation de la courbe de benjoin vers la droite, abaissement du taux des protéines avec forte diminution du rapport sérine/globuline, hypochlorachie, hyperlymphocytose modérée).

La prochlorpémazine semble se caractériser par une hyperlymphocytose, la chlorpromazine par une hypochlorachie. Ces altérations se rencontrent dès les premiers mois du traitement. Plus les complications neurologiques dues aux neuroleptiques sont graves, plus importantes et fréquentes sont les perturbations du liquide céphalo-rachidien. Il ne semble pas exister de corrélation entre le syndrome biologique sanguin et les modifications du liquide céphalo-rachidien.

Un cas de coma post-hypoglycémique traité par hibernation,
par MM. R. DOREY et HIEBEL (Strasbourg)

Les auteurs rapportent l'observation d'un coma post-hypoglycémique survenu chez un jeune schizophrène au cours d'une cure de Sakel. Après échec des thérapeutiques classiques (morphine, vitaminothérapie B1, sérum hypertonique), la guérison a été obtenue après une hibernation de six jours. Les auteurs insistent sur la notion de profondeur de l'hibernation, sur l'absence de séquelles, tant neurologiques que psychiques, et sur l'amélioration constatée au décours de cet état.

Thérapeutique combinée : hémineurine et bromure d'acétylcholine,
par MM. P. ROYER, L. RAYEL et Mlle Ch. COLMART (Nancy)

La cure de Fiamberti est souvent rendue délicate par l'opposition du sujet, qui redoute l'angoisse des premiers instants suivant l'injection du bromure d'acétylcholine. Par voie orale ou par injection intraveineuse, l'hémineurine permet d'amputer le syndrome de choc de cette composante anxieuse.

Évolution de l'Hôpital Psychiatrique,
par M. VERMOREL, Mme VERMOREL et Mlle F. GROUSSIÉ (Lorquin)

Les auteurs essaient de caractériser l'évolution de l'asile vers l'hôpital psychiatrique. L'asile peut se définir par son isolement et la concentration et la stabilité de sa population. La critique de l'ancienne structure asilaire et de ses mœurs, l'apparition de thérapeutiques efficaces ont fait évoluer l'ancien état des choses et changé le climat hospitalier. Un mouvement d'ensemble s'est dessiné, mais il reste beaucoup à faire, dans bien des cas, pour que l'hôpital mérite son nom. Des réformes internes ne suffisent pas. Il faut maintenant développer largement la psychiatrie extra-hospitalière et mettre l'accent sur la réadaptation sociale de nos malades.

Essai de traitement polyvitaminique dans l'alcoolisme aigu et subaigu,
par MM. J.-R. GÉRARDIN, B. HADDAB et F. LANG (Ravenel)

50 % des malades entrés dans notre service en 1957 sont des éthyliques. Beaucoup d'entre eux arrivent à l'hôpital en état d'ivresse ou en état confusonoirique. Leur comportement est généralement très perturbé (agitation, agressivité, exubérance, turbulence...). Un cocktail intraveineux, à base de vitamine C et de complexe B (notamment B6 hautes doses) leur est injecté. Sans l'apport d'aucun calmant ou neuroleptique, le résultat est positif et rapide dans plus de la moitié des cas. Il nous reste à délimiter le rôle particulier de la pyridoxine, considérée comme détoxicante par certains auteurs.

Bouffée délirante avec automutilation de la verge à l'occasion d'une paternité. Considérations psychopathologiques, par MM. R. EBTINGER, J.-J. FÉTIQUE et A. LÉVY (Strasbourg).

Les auteurs présentent l'observation d'un homme de 26 ans atteint de bouffée délirante, dont le début est marqué par la section subtotale de la

verge, cette automutilation survenant quelques jours avant l'accouchement de sa femme. En cours d'hospitalisation, on assiste à une première phase dépressive marquée par des auto-accusations, qui reflètent des problèmes anciens et actuels : enfant abandonné, il a refusé à sa majorité de connaître sa mère et s'en amuse, le souci du nom à trouver pour son enfant réveille des inquiétudes au sujet de son hérédité et de son nom véritable. En une deuxième phase, une expérience mystique consolatrice lui fait revivre symboliquement d'anciens conflits conjugaux dans son alliance, autrefois perdue à la suite d'une infidélité. La Vierge lui apparaît et lui montre la « voie ». La bouffée délirante guérit après huit électro-chocs.

Les auteurs ont pu retrouver le sens des expériences délirantes dans le passé vécu du malade et l'auto-mutilation apparaît comme une véritable tentative de suicide.

L. SINGER,

secrétaire de la réunion.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

L'enfant ou l'adolescent meneur au sein des groupes de jeunes inadaptés sociaux, par Michel LEMAY. (*Thèse de médecine*, Rennes, 1958, brochure ronéotypée de 135 pages).

Au moment où se multiplient les travaux sur les groupes restreints, où les « relations humaines » deviennent l'objet de disciplines qui cherchent leur place entre la psychologie et la sociologie, et où par ailleurs, sur le plan de la thérapie des mineurs inadaptés, les méthodes dites de « cure libre » prennent une place de plus en plus importante à côté des méthodes de rééducation en internat, la thèse de M. Lemay, inspirée par le D^r Daussy, apporte une importante contribution aux recherches tendant à définir les bases de ces orientations.

En étudiant l'enfant ou l'adolescent meneur au sein des groupes de jeunes inadaptés vivant, soit en liberté, soit en internat, Lemay a tenté de définir quelques-unes des lois qui régissent les relations entre les membres d'un petit groupe, et plus spécialement les interactions entre le meneur et les membres du groupe.

Considérant que l'influence du meneur doit être étudiée, non seulement à partir de ses effets sur le groupe mais aussi, dans une certaine mesure, comme un certain mode d'expression du groupe dans lequel il est impliqué, l'auteur a successivement abordé l'étude du groupe d'enfants et d'adolescents (groupes spontanés et groupes imposés tels que ceux d'un internat de rééducation), l'étude du meneur en tant qu'il représente une conduite humaine et a de ce fait certaines caractéristiques physiques et psychologiques qui le différencient peut-être des autres, puis l'étude de l'évolution de ces groupes. Il a ensuite essayé de définir une approche thérapeutique pour l'éducateur spécialisé, qui tient compte à la fois de la personnalité du meneur et des caractères du groupe dans lequel ce dernier évolue.

L'analyse comparative des groupes spontanés ou « gangs » et groupes imposés en internat fait clairement apparaître la signification différente des situations dans lesquelles le mineur inadapté se trouve dans un groupe ou dans l'autre. Les groupes spontanés font souvent fonction de refuges, permettant au jeune de se créer un monde à sa taille, dans lequel il trouve une sécurité, où il peut se développer une identité, avoir un sentiment d'appartenance, où il se sent accepté et où se trouvent absorbées les tendances

agressives maintenues dans le cadre familial ou scolaire. A l'origine, le groupe spontané ne semble pas antisocial. Il le devient à cause de sa formation elle-même, de son organisation, par la persistance du facteur de fixation et de régression qu'il représente, empêchant l'enfant d'acquérir maturité et autonomie. Le groupe imposé, au contraire, dans lequel le jeune est inséré généralement contre son gré, « est loin d'être un refuge ou un moyen de puissance ». « Il est parfois un élément très menaçant en raison de la lutte qui ne tarde pas à se faire entre la structure inadaptée d'une part et les moyens éducatifs mis en œuvre pour modifier cette structure d'autre part. »

Dans les groupes spontanés, le meneur assure l'unité du groupe en amenant les membres à s'identifier à lui-même. « Il sera avant tout la pensée qui dicte, écrase parfois, mais protège et devient ainsi source de sécurité. » Dans les groupes imposés, par définition sous la conduite d'un adulte, il n'y a généralement pas un meneur, mais plusieurs, qui exercent leur influence à des moments différents. L'action du meneur est possible moins du fait de son prestige et de son autorité personnelle, mais surtout par la contagion du groupe.

Dans l'ensemble, il ne semble pas que le meneur puisse être inscrit dans un type défini. Il est surtout fonction de son groupe. Pour faire d'un individu un meneur, il faut que « certains traits de son caractère soient activés par des circonstances rencontrées au sein du groupe et que ces circonstances aient à la fois pour le meneur en puissance et pour les membres du groupe une signification émotionnelle assez intense pour provoquer une participation mutuelle ».

Le maniement par les adultes des groupes de jeunes inadaptés dans le but de faciliter pour chaque membre leur maturation et l'acquisition d'une certaine autonomie, doit tenir compte de la connaissance du groupe et de ses interactions, de l'influence de chacun des membres et de la propre influence de l'adulte éducateur. De ces diverses connaissances, c'est sans doute la connaissance de soi par rapport aux jeunes et au groupe qui est la plus difficile à acquérir ; elle suppose une formation et une aide, mais aussi d'importantes qualités personnelles.

Ce travail, tout en représentant une mise au point sur la psychologie du meneur, apporte une importante contribution aux méthodes éducatives et thérapeutiques de groupe. Riche d'exemples, basé sur l'observation de groupes de jeunes inadaptés sociaux, en internat de rééducation ou rencontrés dans des clubs de prévention, il constitue par ailleurs un précieux outil de travail pour tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre, participent à la formation des éducateurs.

Bernard HONORÉ.

Nouvelles orientations de la psychiatrie infantile, par L. DELLAERT et E. A. D. E. CARP. (Un volume, 189 p., E. Vitte, éditeur, Paris, 1956).

Désirant en premier lieu délimiter l'objet de leur livre, les auteurs étudient d'abord les façons dont la psychologie de l'enfant peut s'insérer dans la psychopathologie. L'allure évolutive du développement mental de l'enfant, avec ses phases critiques, avec ses modifications toujours profondes, souvent très rapides, explique que les moments dangereux soient précisément ceux des crises, où les problèmes d'adaptation psychologique, sociale,

morale, sont particulièrement aigus. Considérant ensuite les normes de la croissance physique, et les disciplines de l'hygiène en tant que méthodes d'adaptation à ces normes, les auteurs jugent que l'éthique joue ce même rôle vis-à-vis des normes de la croissance psychologique. Le chapitre suivant, consacré à la psychologie génétique et à l'analyse structurale, souligne l'importance d'un point de vue dynamique et non statique dans l'exploration de la structuration progressive de la personnalité. L'histoire de cette structuration est essentiellement celle de l'adaptation du sujet à lui-même et au monde extérieur objectif et social. Les auteurs distinguent divers aspects de cette adaptation : l'accommodation, la compensation, la régulation, l'identification, l'intégration. Tous les troubles du caractère et du comportement seraient, dans cette optique, des troubles de l'adaptation passive ou active. C'est ainsi que les réactions ou les structures de type névrotique ou psychotiques ne seraient que des déviations du développement où interviennent les déficiences constitutionnelles de l'adaptation et les insuffisances du milieu éducatif. Ces principes théoriques dirigent et expliquent les résultats de l'expérimentation clinique centrée principalement sur les troubles du caractère et du comportement de type névrotique. Enfin, le point de vue thérapeutique est abordé. Les principes des auteurs sont fondés sur la thèse sous-jacente à tout leur travail et qu'ils expriment ainsi : « Le trouble mental correspond à la non-réalisation de l'homme idéal. » A sa réalisation, devront s'efforcer trois disciplines complémentaires : la pédagogie, l'hygiène mentale et la psychothérapie.

R. ROBERT.

L'énurésie ; étude clinique et génétique, par Bertil HALLGREN. (*Acta psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, supplément 114, volume 32). (Un volume, 159 pages, E. Munksgaard, édit., Copenhague, 1957).

Etude clinique et génétique de 229 cas d'énurésie. L'auteur parvient au cours de ce travail à une série de constatations importantes. Dans les cas où l'énurésie est à la fois diurne et nocturne, elle guérit toujours plus précocement en ce qui concerne la propreté diurne que la propreté nocturne. D'une façon générale, la durée de l'énurésie est plus prolongée chez les garçons que chez les filles, et plus prolongée aussi si elle apparaît primitive que dans les cas où elle est d'apparition secondaire. Par ailleurs, on note souvent l'association, à l'énurésie nocturne ou diurne et nocturne, de la fréquence et de l'urgence des mictions pendant la journée. Au point de vue clinique, il est difficile de différencier les aspects de l'énurésie non familiale de l'énurésie familiale, quoique dans ce dernier cas on trouve plus souvent une apparition primitive du trouble, aussi bien diurne que nocturne. En ce qui concerne la présence associée d'encoprésie, elle est plus fréquente chez les garçons, surtout dans les cas d'énurésie à la fois diurne et nocturne.

Au point de vue organique, on trouve assez souvent une certaine profondeur du sommeil en association avec l'énurésie nocturne. Par ailleurs, les troubles du développement intellectuel ou caractériel semblent être très fréquemment associés à l'énurésie : arriération intellectuelle, perturbations émotionnelles, troubles de l'adaptation au milieu familial ou scolaire, etc... L'auteur se défend d'ailleurs d'affirmer la direction dans laquelle joue cette association, les uns et les autres troubles pouvant être considérés comme causes ou conséquences. Au point de vue génétique, il semble qu'on puisse

affirmer l'existence de cas familiaux, génétiquement déterminés, d'énurésie nocturne isolée. Au contraire, rien ne peut être affirmé dans ce sens en ce qui concerne l'énurésie diurne isolée. Le mode de transmission héréditaire semblerait se faire par un gène dominant dont la manifestation clinique dépend aussi de l'action du milieu (au sens physique et au sens psychologique).

Enfin, en ce qui concerne les conséquences pathologiques de l'énurésie en tant que maladie, aucune différence dans la stérilité ou la mortalité n'a pu être mise en évidence par comparaison avec les sujets normaux.

Ce travail consciencieux et approfondi, s'il n'apporte pas de découverte nouvelle, confirme et illustre de nombreuses constatations classiques en psychiatrie infantile.

R. ROBERT.

Recherches sur le développement mental des sourds-muets. Contribution à l'étude du problème langage et pensée, par P. OLERON. (Un volume, 134 pages. Centre national de la Recherche scientifique, éditeur, Paris, 1957).

Fruit de recherches et d'expériences étendues sur le développement du langage chez les sourds-muets comparativement aux enfants normaux, le livre apporte des résultats et des conclusions positives dans le domaine de la psychologie individuelle comme de la sociologie. Etudiant en premier lieu les possibilités intellectuelles antérieures au langage, l'auteur constate que l'enfant dispose, sur le plan de l'organisation perceptive, de possibilités, nées d'un équipement héréditaire, qui, quoique limitées à des plans d'action simples, lui permettent de manifester des comportements relativement complexes et qui ne sont pas tributaires du langage. Bien que rapidement intégrées à des comportements de niveau plus élevé, qui n'ont plus la même indépendance par rapport au symbolisme, ces possibilités ne doivent pas être négligées. L'auteur examine ensuite le rôle intellectuel du langage acquis. Selon lui, la supériorité que manifeste l'individu du fait qu'il parle tient principalement, même à l'échelle des comportements simples étudiés en laboratoire, à l'accroissement des habiletés intellectuelles dû à l'usage habituel du langage. Les interventions actuelles de celui-ci, que l'on a appelées instrumentales, sont moins importantes et ne sont d'ailleurs possibles qu'à travers ces habiletés. Enfin, l'auteur considère le rôle social du langage et remarque que la facilitation que le langage apporte à l'action de l'homme est d'ordre social beaucoup plus qu'individuel. Elle vient de ce qu'il tend à constituer un univers *sui generis* qui se substitue partiellement à l'action directe sur les choses. Son efficacité se mesure à l'échelle lointaine par son rôle sur le développement, soit de la civilisation, soit des symbolismes techniques.

R. ROBERT.

Amour ou contrainte. Quelques aspects psychologiques de l'éducation religieuse, par l'abbé L. ORAISON. (Un volume, 189 pages, Spes, éditeur, Paris, 1957).

L'auteur expose ici — et résout adroitement — les problèmes psychologiques et pédagogiques que pose l'éducation religieuse de l'enfant. Les

méthodes didactiques traditionnelles qui imposent à l'enfant la contrainte des croyances de l'adulte, ne semblent point en accord avec l'allure ni les dates critiques du développement intellectuel et affectif de l'enfance. L'auteur est au contraire partisan de méthodes plus souples d'enseignement moral et religieux, fondées sur les connaissances modernes de psychologie et de sociologie infantiles, et où l'apport psychanalytique tient un rôle important. Ce livre sincère et objectif est un essai de pédagogie et non de catéchisme, écrit de la main du médecin par la plume du prêtre.

R. ROBERT.

Le langage révèle la personnalité (*Your speech reveals your personality*), par D. A. BARBARA. (Un volume, 174 pages, C. C. Thomas, édit., Springfield, 1958).

Après avoir rappelé le rôle symbolique, magique, social, du langage en tant qu'instrument d'action sur les objets et sur autrui, l'auteur étudie les diverses physionomies de la communication verbale selon la personnalité du « parleur ». Le verbe de l'homme timide, de l'homme assuré, de l'homme sobre est ici décrit et analysé avec objectivité et humour. Le point de vue pathologique est ensuite abordé : troubles de l'émission du discours, troubles de l'attitude d'écoute, causes et conséquences psychophysiologiques des perturbations du langage.

Enfin, les nécessités et les techniques d'une psychothérapie du langage... par le langage sont examinées par l'auteur, qui conclut finalement : « Le langage est un aspect fondamental de la personnalité tout entière. Sa fonction est non seulement la communication verbale mais aussi l'expression des relations de l'individu avec lui-même et avec autrui. Plus l'homme tend à l'équilibre et à la réalisation de soi-même, moins il tend vers l'organisation névrotique de sa personne, et plus son langage sera spontané, productif et significatif. »

R. ROBERT.

Organisation de l'hygiène mentale en vue d'une action sociale (*Mental Health planning for Social action*), par G. S. STEVENSON. (Un volume, 358 pages. Mac Graw-Hill, édit., New-York, Toronto, Londres, 1956).

Cet ouvrage envisage successivement tous les aspects (médicaux, psychologiques, psychiatriques, sociologiques, politiques) d'une hygiène mentale envisagée et organisée au niveau d'une nation entière. L'auteur étudie d'abord les problèmes que pose l'organisation de l'hôpital psychiatrique, en tant qu'unité de traitement des malades mentaux. Hospitalisation, examens, thérapéutiques, post-cures, sont examinés en détail toujours avec un point de vue à la fois médical et sociologique. La question de la prévention et du dépistage des troubles mentaux fait l'objet de la seconde partie de l'ouvrage. Enfin, la question des progrès possibles dans la conception même et l'organisation sociale de l'hygiène mentale est étudiée dans la dernière partie du travail. L'auteur y envisage successivement le rôle des divers cadres sociaux : la famille, l'école, l'église, l'armée, les corps de métier, les loisirs. Intéressant par l'aspect idéologique de ses points de vue, ce travail l'est aussi par son constant souci de rester positif et pratique.

R. ROBERT.

Étude psychologique de l'homme, par John MONEY (de Johns Hopkins University, Baltimore), un volume, viii-216 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A., 1957.

Le but du livre est de considérer les fondements théoriques de la psychologie, en prenant des positions hétérodoxes à l'égard du problème de la motivation, de permettre d'accorder une signification spéciale aux concepts d'information, de déchiffrement des symboles et de fonctionnement du moi. L'auteur cherche à éviter les difficultés résultant des doctrines dualistes et à trouver des bases solides qui empêchent tout divorce entre la psychologie et les autres sciences.

Le premier chapitre est consacré au dualisme esprit-corps et à l'unité corps-esprit. Il faut accorder, en psychologie, une grande importance aux notions de signification et d'information. En face d'un signe, trois attitudes sont possibles : celle du spectateur, celle de la maîtrise, celle du contrôle.

La fonction du spectateur du moi est étudiée dans le deuxième chapitre. L'auteur décrit les différentes variétés de déchiffrement des signes, montre les moyens de distinguer entre délires, pensées et faits, considère les signes humains et les codes artificiels, apprécie la valeur de la fonction de spectateur.

Le chapitre suivant a pour objet la fonction de contrôle du moi. Divers moyens existent de supprimer ce contrôle (hypnose, narco-analyse par exemple). Particulièrement important est le contrôle régulateur.

Quant à la fonction de maîtrise, elle est envisagée au chapitre quatre, dans ses qualités essentielles de fixité, de flexibilité et de croissance. Sa valeur est mise en évidence.

Les trois chapitres suivants sont consacrés aux modifications de ces trois fonctions essentielles du moi.

Celle de spectateur peut être soumise à divers changements, pathologiques ou non. Les mécanismes de projection jouent un grand rôle dans ce domaine. De même, des modifications peuvent survenir dans les états de gaieté et de comique, dans les cas de développement de l'imagination, dans le rêve, dans les hallucinations, dans les syndromes de dépersonnalisation.

De son côté, la fonction de contrôle du moi peut être soumise à de nombreuses altérations et perturbations. Il faut évoquer la fixation et la régression, le reniement, les phobies, les accès de sommeil, les dépressions, le suicide, les sacrifices mutilateurs d'une partie du corps, les amnésies d'organes ou de segments corporels, les dysfonctions végétatives, les automatismes gestuels et viscéraux, les divers états de crises.

La fonction de maîtrise du moi peut montrer de nombreuses modifications : persévération, régularité, conservatisme et rituels, activité incessante, actes de risques, de protestation, attitudes d'opposition, déplacement substitutif, personification, toxicomanies.

Au chapitre huit, sont considérées* « les pathologies du moi », ce qui conduit à examiner le concept de psychogénèse.

Plus loin, dans le chapitre suivant, sont données d'utiles indications pour le recueil et le classement des données de l'examen médical et psychologique. Un cas clinique est reproduit comme exemple.

Le dernier chapitre, « Synopsis théorique », groupe de manière schématique les notices et les hypothèses sur lesquelles le livre a été rédigé.

En appendice, sont évoqués quelques faits de linguistique susceptibles

d'applications psychologiques, ainsi que les relations avec une théorie psychodynamique.

Des références bibliographiques, un index onomastique et un index alphabétique terminent l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

Mariage et personnalité, par Ainslie MEARES (de Melbourne, Australie), un volume, x-158 pages, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, U.S.A., 1957.

Le but de l'auteur est de décrire de façon simple et didactique les rapports entre les facteurs de la personnalité et les conditions de la vie conjugale. Il explique aussi comment les actions réciproques des types psychologiques des deux époux peuvent amener souvent la personnalité à une plus grande maturité. Très utile apparaît de montrer comment les caractéristiques de la personnalité peuvent modifier profondément, en bien ou en mal, l'équilibre du ménage. Les modifications de la personnalité se produisent par des réactions émotionnelles s'éveillant, se transformant, se combinant mutuellement et visant à la satisfaction de nécessités affectives profondes. La meilleure connaissance des modalités réactionnelles propres à chaque type de personnalité peut permettre d'obtenir une maturation psychique et d'arriver à une harmonie plus complète.

L'auteur consacre des chapitres séparés aux particularités réactionnelles des diverses personnalités à l'égard du mariage. C'est ainsi qu'il étudie successivement, avec quelques détails, le mariage et la personnalité extravertie, le mariage et la personnalité introvertie, le mariage et la personnalité obsessionnelle, le mariage et la personnalité hystéroïde (les traits caractériels des hypocondriaques sont envisagés ici), le mariage et la personnalité paranoïaque (« paranoïd » des Anglo-Saxons), le mariage et la personnalité psychopathique, le mariage et l'inverti latent. Dans chaque chapitre, sont décrites les modalités de comportement des diverses personnalités, leurs capacités réactionnelles plus ou moins favorables, les sources possibles de conflits, les adaptations à obtenir.

Puis est étudié le problème des rapports entre le mariage et l'intelligence des époux, et les diverses combinaisons observables : couples d'intelligence plus ou moins grande, mais égale, couples disparates au point de vue intellectuel. Des chapitres sont consacrés à : mariage et personnalité immature, mariage, personnalité et alcoolisme, mariage et personnalité mûrie. Cette maturation est un des buts à atteindre en utilisant au mieux les virtualités de chaque personnalité.

L'ouvrage qui, comme l'indique l'auteur lui-même, est une étude psychiatrique des réactions interpersonnelles, destinée à l'étudiant et au profane, ne comporte aucune référence bibliographique.

V.-J. DURAND.

Phénoménologie du masque à travers le test de Rorschach, par Roland KUNN, Privat-Docent à l'Université de Zurich, préface de Gaston Bachelard, traduction française de Jacqueline Verdeaux, un volume, 172 pages, Desclée de Brouwer, Bruges, 1957.

Comme l'indique Gaston Bachelard dans sa préface, le masque est une synthèse naïve de deux contraires très proches : la dissimulation et la simu-

lation. Kuhn a fait l'inventaire des outils d'enquête réunis dans les planches de Rorschach. L'interprétation des masques se montre voisine de celle des rêves. Le masque aide à affronter l'avenir, il est toujours plus offensif que défensif. Il peut réaliser le droit que nous nous donnons de nous dédoubler. La phénoménologie du masque permet ainsi des aperçus sur le dédoublement d'un être qui veut paraître ce qu'il n'est pas et finit par se découvrir en se dissimulant.

La première partie du livre s'ouvre par un avant-propos consacré à l'exposé des questions, de la méthode, de la littérature, du matériel clinique. Le point de départ du travail a été l'observation que les interprétations de masques proviennent uniquement de sujets qui ont, dans leur monde individuel, quelques contacts avec des masques. L'étude porte sur 42 cas analysés de manière approfondie ; mais de nombreux exemples ont été tirés d'un matériel d'expérience de plus de deux mille cas.

Un premier groupe d'interprétations comprend les masques de visages en tant que réponse globale. Le contenu interprétatif est alors en rapport étroit avec l'expression du propre visage du sujet. L'interprétation de masque ne se voit que si le sujet rencontre dans son univers personnel l'objet sur lequel doit reposer l'interprétation. Très importants apparaissent les mécanismes d'identification et de projection, avec identité du visage du sujet et du visage d'autrui. Un sentiment d'étrangeté, une conception magico-mythique sont fréquemment associés aux interprétations de masques. Celles-ci, d'autre part, correspondent à certains aspects de la personnalité.

Un second groupe d'interprétations est constitué par des masques de visages en tant que réponses de détail. Ces interprétations sont plus nombreuses que celles du premier groupe. Il n'existe, dans ce groupe, aucun point de repère permettant d'affirmer des rapports entre interprétations de masques et expression du visage du sujet lui-même. Cependant, le contenu interprétatif est en relation avec l'objet de l'univers personnel. Il y a une réaction de refus, de refoulement en face de cet objet. Variables sont les conditions d'interprétation du contenu. Fréquents sont les signes d'angoisse.

Une comparaison est alors faite entre les deux groupes aux points de vue de la forme et du contenu. Pour la forme, des cas-limites sont envisagés, puis les problèmes de l'appréhension de l'espace, ceux relatifs au temps, enfin, la question du type de résonance intime. Dans le groupe I, il y a orientation des expériences vécues en fonction de la propre personnalité ; dans le groupe II, cette orientation s'accomplit en fonction du monde des objets.

Pour les problèmes ressortissant au contenu sont étudiés d'abord ceux relatifs à la description de la perception de la forme dans l'interprétation des masques (intérêt physiognomique, interprétation de masques et interprétation de visages, schématisation et forme de pensée). Puis est mis en relief le rôle très important de la biographie du sujet pour bien comprendre l'interprétation. Il est nécessaire de connaître la signification des rapports du sujet à l'examineur, la valeur du rapport affectif. Enfin, au moment même de l'interprétation de masques interviennent les processus intimes du sujet : expérience vécue de l'interprétation, conscience du contenu interprété. Les rapports du sujet avec l'interprétation sont importants.

Dans l'ensemble, le premier groupe semble lié surtout à la pensée magique qui porte à l'identification, le second groupe à la pensée rationnelle qui porte à l'éloignement. Le premier représente à certains égards une attitude

plus introversive que le second, mais on ne trouve rien qui permette un parallèle avec le type de résonance intime de Rorschach.

Dans la deuxième partie, un chapitre est, d'abord, consacré aux interprétations de masques de formes humaines globales animées, avec quelques exemples, montrant les interprétations de mouvement souvent difficiles à expliquer psychologiquement, les formes du rapport avec autrui, le rôle du vêtement, du déguisement et de la dissimulation.

Puis deux cas sont rapportés de façon détaillée pour illustrer les interprétations de formes masquées et animées.

Au chapitre suivant, sont envisagées les interprétations kinesthésiques de formes masquées, morcelées et figées. Enfin, sont faites des considérations générales sur les interprétations de masques dans le test de Rorschach. Ce sont d'abord les rapports formels et interprétatifs, avec comparaison des groupes d'interprétations, pour ce qui concerne la forme et le contenu. Puis, sont étudiées les relations entre formes masquées et types nosologiques psychiatriques : hystérique, phobique et obsessionnel, syndrome de dépersonnalisation. Il apparaît que le contenu du masque provient de la personnalité prémorbide. Enfin, une contribution est apportée à une psychologie de l'homme masqué dans le test d'interprétation de formes : rapport de l'homme masqué avec lui-même (trouble de la continuité du temps vécu intérieur, rapport avec la mort), rapport de l'homme masqué avec autrui (morale extérieure, « prendre-par-le-masque » autrui, rapports effectifs et dissimulation), esthétique dans l'expérience masquée avec possibilité d'envisager la forme masquée comme moment du développement de la problématique maniaco-dépressive.

En post-face de la seconde édition allemande sont envisagés surtout le développement des méthodes d'interprétation et des données bibliographiques récentes sur les problèmes du rôle, du masque et de l'apparence.

De nombreux exemples sont rapportés dans le cours de l'ouvrage, qui se termine par une importante bibliographie. Une planche hors-texte.

V.-J. DURAND.

Les tentatives de suicide. Leur signification et leurs conséquences sociales, par E. STENGEL et Nancy G. COOK, avec l'assistance de I. S. KREEGER. (Un volume, 136 pages, Maudsley Monographs n° 4, The Institute of Psychiatry, Chapman et Hall, 37 Essex Street, Londres, 1958).

Le présent ouvrage offre une nouvelle approche du problème des tentatives de suicide. Celles-ci étaient généralement considérées jusqu'alors comme seulement une forme abortive du suicide. Pour la première fois ici, la tentative est regardée comme un événement significatif dans la vie personnelle avec considération spéciale de ses effets sur l'environnement humain. Cinq groupes de sujets, qui avaient essayé de se suicider, sont étudiés soigneusement.

Un premier chapitre est consacré à l'état actuel des recherches sur le suicide avec évocation des conceptions sociologiques, anthropologiques et psychiatriques. Le chapitre suivant envisage les tentatives de suicide, telles qu'elles sont décrites dans la littérature. Puis sont successivement examinés le but et le plan des travaux des auteurs, puis des données statistiques sur les suicides et les tentatives dans la région de Londres, quelques notions sur

le caractère spécial de certains exemples de tentatives de suicide. Les chapitres six, sept et huit considèrent respectivement la présentation des données, les groupes étudiés, la méthode de recherche catamnastique.

Plus loin sont apportés de façon très détaillée les résultats relatifs aux groupes de malades.

Groupe 1 : 138 admissions pour tentatives de suicide au St Francis'Hospital du 1^{er} février 1946 au 31 janvier 1947 ; groupe 2 : 72 admissions pour tentatives de suicide au Bethlem Royal Hospital et au Maudsley Hospital du 1^{er} juillet 1949 au 30 juin 1950 ; groupe 3 : 167 admissions au St Francis'Hospital du 1^{er} janvier 1953 au 31 décembre 1953 ; groupe 4 : 174 admissions au St Pancras'Hospital du 1^{er} janvier 1953 au 31 décembre 1953 ; groupe 5 : 76 admissions au Dulwich Hospital du 1^{er} janvier 1951 au 31 décembre 1953 ; groupe de 117 cas de suicide.

Les différentes données numériques sont soigneusement analysées et commentées.

Deux groupes ont été soumis à une recherche catamnastique. Il a été noté que, dans la période considérée, un petit nombre de malades qui avaient fait des tentatives, s'étaient finalement suicidés. La signification d'un foyer brisé dans le déterminisme du suicide demeure discutée. L'isolement social intervient dans la tentative de la même façon que dans le suicide lui-même.

La réaction suicide a été envisagée comme une forme de comportement social. Les auteurs ont exploré la participation de l'environnement humain à cette réaction. Un appel à cet environnement humain apparaît comme l'une des fonctions primaires de la tentative de suicide indépendante de ses fondements psychiatriques. Les tentatives ont été jaugées quant à la périculosité de la méthode et au caractère sérieux de l'intention de mourir. Parmi les effets sociaux immédiats ou éloignés de la tentative, certains se révèlent étroitement liés aux processus psychologiques du deuil. La manifestation et la signification de la réaction punitive de la société en présence des tentatives de suicide sont soigneusement examinées, ainsi que les rapports entre les effets sociaux de ces tentatives et ceux de la maladie. La rareté extrême des tentatives de suicide dans une communauté hostile à ses membres peut être vue comme une confirmation de la fonction d'appel des tentatives. Quelques commentaires sont faits sur la nécessité de considérer différemment les tentatives et les suicides proprement dits. Des conseils sont donnés pour la prévention des actes d'auto-destruction.

Bibliographie. Index alphabétique.

V.-J. DURAND.

Les jeunes dans la préservation de leur vocation, par le professeur Wilhelm HAGEN (de Bonn), le professeur Hans THOMAE (d'Erlangen), le Dr Ernst MANSFELD (de Stuttgart) et le Dr Franz Josef MATHEY (d'Erlangen). (Un volume, VIII-180 pages, Schriftenreihe aus dem gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, 7^e cahier, Georg Thieme, éditeur, Stuttgart, 1958, D.M. 17,40.

Le but essentiel du présent ouvrage est d'exposer les résultats de recherches collectives relatives aux facteurs somatiques, psychiques et sociaux servant à juger l'importance du degré de maturité évolutive des jeunes et à mieux diriger ainsi leur orientation professionnelle.

Le chapitre introductif, par Ernst Mansfeld et Franz Josef Mathey, précise ces buts et indique les méthodes employées.

Puis, Ernst Mansfeld étudie le développement des jeunes jusqu'au stade de maturité et la préservation de la vocation des jeunes. Cette préservation (cette protection) viserait à fixer la possibilité d'accord ou de conflit entre les possibilités et les capacités du sujet au point de vue technique, d'une part, l'ensemble de sa personnalité, le milieu social et professionnel où il doit agir, d'autre part. En somme, il faut savoir si la profession choisie convient totalement au jeune. Un chapitre, dû à Franz Josef Mathey, envisage les rapports entre âge à la sortie de l'école et préservation vocationnelle.

Puis, un autre, par Hans Thomae, est consacré au choix de la profession et à la préservation de la vocation. Il faut distinguer les motivations internes et les motivations externes dans le choix. Diverses combinaisons sont possibles.

Franz Josef Mathey étudie les rapports entre personnalité, fonctions et choix de la profession.

Enfin, l'état de la famille peut influencer ce choix, comme le montre Hans Thomae, qui décrit les éventualités observables.

Certaines conclusions peuvent être tirées des recherches présentées ici. De nombreux cas sont rapportés. 67 figures. Références bibliographiques à la fin des différents chapitres.

V.-J. DURAND.

Les psychoses puerpérales, par Pietro DAZZI (de Bologne). (Un volume, 162 pages, *Rivista di Neuropsichiatria e Scienze Affini*, 3^e année, fasc. 3, 1957, Maccari, éditeur, Parme).

L'auteur fait une soigneuse étude des psychoses puerpérales en se basant sur une analyse détaillée de la littérature et de 34 observations personnelles.

Une évocation est faite d'abord du problème étiopathogénique, avec l'élément constitutionnel, les théories toxi-infectieuses, les théories endocriniennes, les théories psychogènes. Puis, est considéré le problème clinico-nosographique dans son double aspect : clinique (syndromes d'amentia, syndromes schizophréniques, syndromes maniaco-dépressifs) et nosographique assez discuté. C'est, ensuite, l'exposé des 34 observations personnelles.

Pour l'auteur, aucun des éléments séparés considérés autrefois comme essentiels pour déterminer les psychoses puerpérales, n'est nécessaire, ni suffisant pour expliquer les troubles. En effet, le facteur constitutionnel est souvent absent ou incertain. Cependant, sa fréquence n'est pas supérieure à ce qui se voit dans les autres manifestations d'ordre psychiatrique. Les éléments toxi-infectieux ne sont pas toujours évidents, ni en étroit rapport avec les manifestations psychiques. D'autre part, ils sont, dans ces dernières années, beaucoup moins fréquents à cause de la prophylaxie et des thérapeutiques anti-infectieuses. Les éléments endocriniens, même quand ils sont présents, vu la situation hormonale particulière du moment, semblent être concomitants, plus que déterminants. La normalisation du cycle menstruel et la thérapeutique hormonale convenable ne peuvent pas toujours influencer de façon appréciable la symptomatologie psychique. Les facteurs psychologiques divers invoqués de temps en temps ne sont pas toujours sûrement isolables comme des agents psychogènes définis. Mais, le plus sou-

vent, ils sont seulement l'expression de la situation globale créée par la maternité elle-même.

Les psychoses puerpérales sont des formes morbides d'aspect très varié dans lesquelles peuvent intervenir tous les facteurs évoqués plus haut, en combinaisons fort diverses. Si un facteur semble prédominer, il demeure toujours en étroite liaison avec les autres qui, bien que secondaires, ne sont pas négligeables. Le seul élément commun à tous ces syndromes, c'est qu'ils débütent pendant la puerpéralité.

Au point de vue étiopathogénique, l'auteur montre que l'importance exclusive des théories autrefois défendues (constitutionnelles, toxi-infectieuses, hormonales, psychogéniques) n'est pas justifiée. Il faut reconnaître la possibilité de combinaisons diverses de tous les facteurs le plus souvent en cause. La maternité doit être regardée comme un événement nettement capable de provoquer ces formes morbides.

En ce qui concerne les problèmes cliniques et nosologiques, les symptômes observés doivent être considérés comme des « réactions exogènes », où l'élément exogène est constitué par la puerpéralité en soi, fait complexe pour lequel interviennent, en mesure variée, des facteurs constitutionnels, toxi-infectieux, endocriniens, psychologiques. Les signes cliniques ont la valeur de syndromes complexes dans lesquels s'associent des symptômes somatiques exogènes (montrés par l'examen général et les épreuves de laboratoire), cliniques, exogènes (révéls par l'analyse psychopathologique), endogènes, souvent très nuancés, parfois évidents, pouvant faire considérer les syndromes comme des psychoses endogènes vraies et propres, seulement déclenchées ou libérées par la puerpéralité. On ne peut, aujourd'hui, pénétrer l'essence des syndromes psychiques que par une analyse structurale soignée et un diagnostic pluridimensionnel.

Pour l'auteur, les psychoses puerpérales sont une partie intégrante du vaste groupe des formes de réaction exogène. Chez elles, l'agent étiologique, doué de la charge apte à provoquer les troubles, est la puerpéralité. Le mécanisme pathogénique se fait sentir à un niveau central, probablement diencephalique. L'aspect clinique, étudié par une analyse structurale, met en évidence des éléments variés (des séries dépressive, schizophrénique, etc.) et de nature diverse (de la série exogène ou de la série endogène). Le diagnostic est nécessairement pluridimensionnel.

Une très abondante bibliographie, riche de 290 références, termine l'ouvrage.

V.-J. DURAND.

Phénomènes électromagnétiques irradiant du cerveau humain pendant l'activité psycho-sensorielle intense des états oniriques, hallucinatoires et télépsychiques, par Ferdinando CAZZAMALLI. (Un volume, 54 pages, Casa Editrice Ceschina, Milan, 1958).

Après avoir rappelé ses recherches antérieures et ses expériences, poursuivies depuis une trentaine d'années, avec des instruments toujours plus perfectionnés, l'auteur indique qu'il est arrivé à la découverte de phénomènes électromagnétiques, irradiant du cerveau, en corrélation avec les états d'activité psycho-sensorielle intense. Dans le travail actuel, sont données des précisions sur un nouvel appareil radioélectrique, détecteur de ces phénomènes. Le dispositif, dont les schémas de montage sont reproduits, a été

employé par l'auteur de 1941 à 1954, chez des sujets normaux (oniroïdes), des hallucinés et des télépsychiques. Ayant évoqué les modalités de l'expérience et les méthodes d'enregistrement, l'auteur cite, à titre d'exemple, des résumés d'observations accompagnés de fragments de tracés ou radio-cérébro-psychogrammes (R.C.P.G.). Il apparaît possible à l'auteur de conclure que, du cerveau humain, en intense activité psycho-sensorielle irradiant des phénomènes électro-magnétiques. Aux centres cérébraux sensoriels, doit être reconnue une grande importance fonctionnelle dans l'ensemble cérébral du psychisme humain. Le dynamisme électro-magnétique, dont le cerveau se révèle doué, dans l'état d'excitation fonctionnelle psycho-sensorielle, apparaît comme un phénomène physique appartenant à la psycho-sensorialité. D'un certain point de vue, il appartient également à la pensée humaine elle-même. Les grands faisceaux d'association et les grandes voies de conduction intracérébrales peuvent acquérir la propriété de conducteurs radiants, tandis que l'énergie nerveuse intracérébrale doit être considérée comme de nature électrique avec des effets électro-magnétiques. Le réflexe cérébro-psycho-radiant prouverait la possibilité d'un rapport physique direct entre le cerveau et l'éther cosmique. Le cerveau humain devrait être regardé comme un organe actif, irradiant et explorant l'univers des vibrations. Le contact direct des centres cérébraux psycho-sensoriels avec l'univers des radiations vient conditionner physiquement le télépsychisme méta-psychique. Quatorze figures, surtout consacrées à la description de l'appareil. Cinquante fragments de tracés (radio-cérébro-psychogrammes). Références des travaux de l'auteur sur la question.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

A propos d'une apparente diminution des délires alcooliques, par A. MORICE et Cl. MAUREL. (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 6 mai 1958).

A la suite d'une enquête minutieuse menée depuis quatre ans dans quatre services de chirurgie relevant de son autorité, le professeur A. Morice, professeur de clinique chirurgicale et directeur de l'Ecole de médecine de Caen, a été amené à faire sur les délires alcooliques d'intéressantes constatations.

Les chiffres qui lui ont été révélés par son enquête montrent en effet que si le nombre des délirants alcooliques confirmés se maintient à un niveau à peu près stationnaire avec une légère tendance à la diminution, le nombre des sujets imprégnés, alcooliques évidents offrant le tableau d'états sub-délirants pouvant dégénérer à la suite d'un traumatisme léger, accidentel ou opératoire, en délire aigu, augmente chaque année dans de fortes proportions.

Ces derniers sujets, dès leur entrée à l'hôpital sont, de sa part, l'objet d'examens spéciaux et soumis au régime que comporte leur état d'imprégnation alcoolique.

Si l'on tient compte de ces faits, on est donc amené à constater que, contrairement aux assertions d'une publication récente qui a fait quelque bruit, les états délirants dus à l'alcool, loin d'être diminués sont, au contraire, en voie de progression constante.

Les conclusions des auteurs sont donc les suivantes : « Une opinion tendant à s'établir actuellement dans certains milieux d'après laquelle l'alcoolisme, en particulier dans ses manifestations nerveuses, aurait tendance à diminuer, nous avons cherché à connaître la vérité en interrogeant les faits, c'est-à-dire les observations de la totalité des malades ou blessés — environ 20.000 — entrés depuis quatre ans dans nos services de chirurgie, et nous avons appris ceci :

1) Le nombre des états nerveux délirants dus à l'alcoolisme a nettement augmenté.

2) L'opinion a été faussée par les résultats excellents obtenus par la thérapeutique contre les états pré-délirants qu'elle empêche dans la plupart des cas de se transformer en delirium tremens. »

Paul ABÉLY.

La 5-hydroxytryptamine a-t-elle effectivement de l'importance sur l'équilibre psychique humain et sur l'apparition des maladies mentales ?, par G. A. BUSCAINO. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 4, 592-612).

L'auteur passe en revue les plus récentes acquisitions de la littérature concernant l'importance présumée de la 5-hydroxytryptamine dans la physiologie du système nerveux, en particulier en ce qui concerne ses fonctions régulatrices de l'équilibre psychique et les conséquences d'une altération de son métabolisme dans le déterminisme de la symptomatologie schizophrénique.

Après avoir rapporté et critiqué les données en faveur et contre une telle hypothèse, G. A. Buscaino conclut, sur la base de ses recherches personnelles, qu'il n'est pas possible actuellement d'accepter pour absolue une intervention de la 5-hydroxytryptamine dans l'étiologie ou dans la pathogénie des maladies mentales et en particulier de la schizophrénie. L'auteur croit plutôt intéressant de souligner les recherches qui montrent l'existence, dans cette maladie, d'altérations des systèmes enzymatiques des amino-oxydases.

R. ROBERT.

Complexes pointes-ondes dans l'électroencéphalogramme et tableaux cliniques, par Reiziyo ISHIKURA (de Fukuoka). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 11, n° 1, juin 1957, p. 58-69).

Des études expérimentales de l'auteur, il apparaît que les complexes pointes-ondes sont étroitement rattachés à l'épilepsie infantile. En ce qui concerne les types cliniques, la crise de petit mal est perceptible dans la plupart des cas, suivie (par ordre de fréquence), par le grand mal et la crise psycho-motrice. De même que les troubles psychiques, les perturbations du

comportement et les symptômes neurologiques se montrent plus intenses dans les groupes à rythme lent. Les médicaments ayant un effet inhibiteur sur la fréquence des crises semblent avoir une action similaire sur les complexes pointes-ondes. Les observations cliniques, biochimiques et physiologiques peuvent faire penser que, bien que les pointes-ondes se rattachent étroitement à l'immaturité cérébrale, la différence de leur fréquence entre les groupes lent et rapide pourrait indiquer, non seulement une différence de temps dans les degrés de développement du cerveau immature, mais aussi les caractères de leur but fonctionnel hétérogène. Dix figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Études psychopathologiques des psychoses par amines de réveil, sur leurs hallucinations et leurs éléments délirants, par Chizuko YOSHIMOTO (d'Osaka). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 11, n° 1, juin 1957, p. 48-57).

Par l'emploi habituel des amines de réveil en excès, apparaissent des symptômes très semblables à ceux de la schizophrénie. Si on classe les tableaux morbides du point de vue clinique, d'après leurs symptômes et leur évolution, on peut distinguer trois types essentiels. Dans cette étude, l'auteur envisage le premier type, constitué surtout par des hallucinations, des idées délirantes, troubles qui disparaissent quand cesse la consommation du médicament. Il apparaît que les idées d'influence, les hallucinations, l'écho de la pensée, les symptômes délirants se montrent, certes, très proches de ce qui se voit dans la schizophrénie, mais que ce qui prédomine, c'est l'augmentation de la vigilance. Il n'y a donc aucun trouble de la conscience au sens de Bonhoeffer, mais l'augmentation de la vigilance signalée principalement par J. Zutt, peut être considérée comme un type de réaction exogène. Sept observations sont rapportées. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sur les syndromes dans les psychoses symptomatiques, par Barahona FERNANDES. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 100-106).

Il y a une série de syndromes, touchant la conscience et même les autres fonctions essentielles de la vie affective et instinctive, la personnalité, ainsi que les instruments des fonctions cérébrales. Cette série constitue une échelle multiple, un spectre aux nuances diverses de manifestations syndromatiques, qui apparaissent dans les psychoses symptomatiques. Leur ensemble se caractérise par une forme pluridimensionnelle. L'intensité, le « tempo », le caractère diffus ou focal du facteur étiologique s'exercent dans certaines directions, dans une série de syndromes. Dans les cas extrêmes, ces syndromes se manifestent nettement. Dans les groupes intermédiaires, il y a prédominance de la constitution personnelle et d'association de symptômes moins évidents. Les lois de réactions ici trouvées se montrent aussi bien dans les psychoses endogènes qu'organiques. Elles semblent avoir une signification générale.

V.-J. DURAND.

Recherches sur les rapports entre l'alcoolisme de l'adulte et la tendance à l'alcoolisme dans le premier âge de la vie, par M. ZUCCHI (de Gênes). (*Neuropsychiatria*, 12^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1956, p. 389-425).

L'auteur a étudié quatre cas d'alcoolisme choisis parmi ceux pour lesquels on pouvait avoir des précisions sur les premières années de la vie. Les malades furent considérés suivant les orientations de la psychologie dynamique, en envisageant les facteurs qui conduisent à l'appétence pour l'alcool, dès l'enfance. La valeur du facteur psychologique dans le développement de l'alcoolisme de l'âge adulte a été prise en compte conformément aux propositions d'Amadeo Dalla Volta, qui groupe les types les plus communs en trois catégories principales (alcoolisme chronique primaire, alcoolisme primaire réactif, alcoolisme secondaire ou symptomatique). Trois des cas rapportés présentent les caractéristiques de l'alcoolisme primaire, mais ne constituent pas des formes typiques. Pour l'un d'eux, la tendance à absorber de l'alcool subit une forte aggravation en relation avec le développement d'une paralysie générale. Sans l'étude détaillée du comportement antérieur à l'égard de l'alcool, l'observation aurait pu simuler l'alcoolisme symptomatique. Pour le quatrième cas, après des manifestations d'alcoolisme initial dans l'enfance, il y a eu acquisition de l'usage modéré de l'alcool. Ensuite, s'est produite la réactivation de la tendance à excéder la norme à la suite de frustration de la libido. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Affections inflammatoires oto-rhino-laryngologiques et maladies mentales, par E. COCITO et M. MELAMPI (de Gênes). (*Neuropsychiatria*, 12^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1956, p. 489-499).

Se basant sur les examens oto-rhino-laryngologiques de 402 malades atteints de diverses formes de psychoses, les auteurs ont rencontré un pourcentage d'affections inflammatoires de l'oreille moyenne et des voies aériennes supérieures, plus élevé dans les formes de confusion mentale, de schizophrénie et de psychoses dysthymiques que dans les psychoses à étiologie connue (formes involutives, paralysie générale, psychoses épileptiques, par exemple). Il semble aux auteurs que cette constatation pourrait fortifier l'hypothèse de l'importance causale que peuvent avoir les infections focales oto-rhino-laryngologiques dans l'apparition des syndromes confusionnels, schizophréniques et dysthymiques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Racines sociales et intégration historique de la psychanalyse, par J. SEABRA-DINIS (de Lisbonne). (*Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. 8, n° 8, décembre 1956, p. 111-129).

Pour bien comprendre les débuts de la psychanalyse, il est nécessaire de connaître l'ambiance historique et scientifique au moment de son apparition. Freud et Kræpelin sont exactement contemporains. Mais, tandis que le second a travaillé surtout parmi des malades hospitalisés et plus ou moins somatiquement organisés, Freud se consacrait essentiellement à une clientèle privée où dominaient les psycho-névroses et pour laquelle étaient perdues les normes morales et idéologiques antérieures. Les courants de pen-

sée, qui dominaient à la fin du XIX^e et au début du XX^e, expliquent les oppositions rencontrées d'abord par Freud. Les bouleversements actuels des sciences fondamentales, la remise en cause de beaucoup de notions précédemment admises permettent de mieux comprendre la faveur des conceptions psychanalytiques en cette époque anniversaire de la naissance de Freud. Les vues irrationalistes ont trouvé dans les doctrines de cet auteur de puissants alliés. Le rôle de l'inconscient a été revalorisé.

V.-J. DURAND.

Suicide, tentatives de suicide et psychologie des suicidaires à la lumière du psychodiagnostic de Rorschach, par M. SCHACHTER (de Marseille). (*Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. 8, n° 8, décembre 1956, p. 67-86).

Après évocation de quelques travaux récents sur la question du suicide et sur la personnalité suicidaire, l'auteur envisage plus particulièrement la valeur diagnostique des tests projectifs. Le test de Rorschach est susceptible de fournir des indications intéressantes chez ces personnalités névrotiques, déprimées ou agressives. Il est utile de soumettre les malades, à plusieurs reprises, au cours du traitement psychothérapique, à des sondages psychodiagnostiques. Une analyse est faite de l'expérience personnelle de l'auteur portant sur une série de trente adultes et de dix-huit mineurs. Quatre observations détaillées sont données à titre d'exemple. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Contribution psychopathologique et critique au problème du diagnostic précoce de la schizophrénie, par Mario MORENO (de Rome). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 6, novembre-décembre 1957, p. 812-848).

Examinant le problème du diagnostic précoce de la schizophrénie, l'auteur fait remarquer combien il serait intéressant d'individualiser le trouble fondamental de la maladie par la méthode psychopathologique. Dans ce but, il décrit brièvement les principales théories psychopathologiques sur la schizophrénie et rapporte les discussions relatives aux problèmes nosographiques. Il note les analogies substantielles existant dans les opinions des représentants les plus autorisés de la tendance psychologique sur la condition psychopathologique, qui est à la base de la maladie. Il pense que le trouble fondamental doit être ramené à un déficit des fonctions de structuration catégorielle de la conscience. Passant ensuite à l'étude de quelques aspects cliniques, l'auteur examine particulièrement les formes morbides dans lesquelles le passage d'une condition psychopathologique schizoïde à un état clinique schizophrénique survient lentement ou ne survient pas pour une longue période de temps au moins, bien qu'étant prévisible au point de vue psychopathologique. En conclusion, il est indiqué que la phénoménologie du passage à la psychose peut mettre en évidence la contribution que la connaissance du trouble fondamental est en mesure de fournir pour la compréhension d'une semblable phénoménologie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Limites de la validité artistique des productions des malades mentaux,
par G. PADOVANI (de Pesaro). (*Note e Riviste di Psichiatria*, fasc. 2, juillet-septembre 1957).

Il ne faut pas confondre les productions artistiques, expressions d'un talent préexistant à la maladie avec celles qui sont liées directement à la psychose. Dans ce dernier cas, la production n'est pas détachée de la personnalité de son auteur et ne possède donc pas l'autonomie nécessaire à l'œuvre d'art. D'autre part, ces productions sont souvent incompréhensibles ; elles sont contemporaines d'une dissolution psychique. L'auteur ne croit pas au pouvoir créateur de la maladie mentale. Il ne pense pas qu'elle puisse engendrer des dons nouveaux d'expression artistique. Elle peut hâter parfois l'extériorisation d'une personnalité artistique préexistante ; elle peut donner une empreinte particulière aux œuvres d'un artiste, en l'enrichissant d'expériences nouvelles. Mais, elle n'est pas capable de donner une capacité de création à qui ne la possédait déjà. Si on peut convenir de l'existence d'une activité psychopathologique originale, il n'apparaît pas qu'elle puisse aboutir à un véritable niveau artistique. Des exemples connus montrent que, chez les artistes qui deviennent malades mentaux, la production baisse de valeur quand la psychose avance.

V.-J. DURAND.

Contribution clinique au problème psychopathologique de la paranoïa,
par ISIDORO TOLENTINO (de Rome). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 11, n° 6, 1957, p. 387-405).

L'auteur expose les différentes conceptions relatives à la psychopathologie de la paranoïa. Il montre l'importance des troubles du jugement de réalité à l'origine de la maladie. Sept observations sont ensuite présentées, ayant des caractéristiques cliniques et évolutives un peu différentes de celles de la paranoïa de Kræpelin. Dans deux cas, le délire avait régressé. Il était demeuré inchangé chez les autres malades, sauf une fois où l'évolution était progressive. Peut-être fallait-il penser alors à une transformation schizophrénique. L'auteur se montre d'accord avec Lacan et Gaupp pour admettre la possibilité, dans la paranoïa, d'une régression de l'activité délirante. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Étude de la détérioration au moyen de l'échelle Weschler-Bellevue dans un groupe de schizophrènes paranoïdes, par E. CERDÁ RETUERTO. (*Anales de Medicina*, Barcelone, vol. 43, n° 4, décembre 1957, p. 424-430).

Après un rappel des méthodes de détermination de la détérioration, l'auteur donne les résultats de recherches faites à l'aide de l'échelle Wechsler-Bellevue sur une série de quarante schizophrènes paranoïdes, examinés à l'hôpital psychiatrique de San Baudilio de Llobregat. Il apparaît que l'échelle Wechsler-Bellevue est parfaitement valide pour le calcul de la détérioration mentale, comme le démontrent les coefficients de corrélation hautement significatifs trouvés par l'auteur avec les estimations faites par deux autres psychiatres. L'analyse des scatters montre que le test de vocabulaire demeure peu atteint et donne des résultats élevés chez les schizophrènes. D'autre part,

ces malades tendent à obtenir de moins bonnes notes aux tests de performance qu'aux épreuves verbales.

V.-J. DURAND.

L'analyse factorielle dans les recherches clinico-thérapeutiques. 1) L'analyse factorielle : ses fondements et ses applications pratiques ; méthode centroïde. 2) Application de l'analyse factorielle à un groupe de schizophrènes soumis à trois thérapeutiques différentes, par I. NICOLETTI et G. MAGHERINI (de Florence). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 6, novembre-décembre 1957, p. 903-933).

Les auteurs décrivent d'abord les principes de l'analyse factorielle et évoquent ses applications possibles en médecine. Puis, ils exposent leurs recherches sur un groupe de schizophrènes, conduits dans le but d'individualiser des relations entre symptomatologie et résultats thérapeutiques, ainsi que de découvrir les ensembles de signes particulièrement sensibles aux neuroplégiques. Quinze malades furent traités par le serpasil, dix-sept par le serpasil et le chlorhydrate de choline, trente-deux par le largactil et le chlorhydrate de choline. Adoptant la méthode de l'analyse factorielle mise au point par Thurstone, les auteurs ont pu objectiver nettement le syndrome paranoïde et le syndrome hétéro-psycho-émotionnel. Le premier présente une tendance plus marquée à la rémission, surtout s'il n'y a pas de tares neuropsychiques familiales et si l'affection est récente. D'autre part, ce même syndrome paranoïde est plus sensible à la thérapeutique neuroplégique et surtout à l'association neuroplégiques-chlorhydrate de choline. Nombreux tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Explorations dans la schizophrénie latente, par Benjamin B. WOLMAN (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 3, juillet 1957, p. 560-588).

Seize malades adultes, souffrant de schizophrénie latente, ont été examinés au cours de nombreuses séances psychothérapiques pour des périodes allant d'un à trois ans. La biographie de chaque sujet était confirmée et complétée par des entrevues avec divers membres de la famille. Il fut possible de constater une déficience importante de la cathexie du moi, d'où symptômes d'anxiété sévère, insomnie, préoccupations hypocondriaques. Les facteurs étiologiques découverts étaient en rapport avec une faiblesse apparente des ascendants. Les seize malades avaient vécu sous une peur constante. On pouvait noter des mères plaintives et d'un amour captatif. Les malades avaient été mis dans l'obligation d'apporter un soutien émotionnel à leurs parents. La principale conclusion de la présente étude est que la schizophrénie latente n'est pas un désordre narcissique, mais résulte d'une hypercathexie objectale précoce, imposée dans l'enfance par la peur de la perte de l'objet aimé. Le résultat en est l'apparition de déficiences mentales et physiques. Il y a régression rapide à un plus bas niveau d'existence, où une moindre énergie est requise pour la survie. La schizophrénie paranoïde semble représenter une forme de baisse énergétique plus légère que la catatonie ou l'hétéro-psycho-émotionnel. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Une position du demi-siècle de l'apport de la théorie psychanalytique de Freud, par IAGO GALDSTON (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 11, n° 3, juillet 1957, p. 548-559).

L'auteur, après avoir décrit les caractéristiques essentielles de la psychiatrie au moment des premiers travaux de Freud, montre l'importance de l'influence exercée par la découverte de la psychanalyse. Puis, il envisage le retentissement qui en est résulté sur le développement ultérieur de la psychologie et de la psychiatrie. L'élément capital a été la transformation des conceptions statiques, anatomisées, en conceptions dynamiques et intégratives. Les positions rationalistes ont été ébranlées, le rôle des facteurs émotionnels exalté. La participation des motivations inconscientes a été mise en évidence. Freud a démontré la rationalité de l'émotionnel dans la conduite humaine et dans les opérations de l'esprit. Il a mis en relief les heureux effets des relations inter-personnelles et des réactions de transfert, réaffirmé le pouvoir auto-curateur du psychisme, fait comprendre les stades de l'évolution mentale, la symbolique des rêves et des petits faits de la vie quotidienne. L'apport de Freud demeure de grande importance.

V.-J. DURAND.

Cycle menstruel et troubles mentaux, par MME KASTLER (de Stéphanfeld). (*Cahiers de psychiatrie*, Strasbourg, 1957, n° 12, p. 51-65).

Malgré d'importantes recherches récentes, il demeure encore beaucoup d'incertitude en ce qui concerne les rapports entre cycle menstruel et troubles mentaux. D'une étude conduite à l'hôpital psychiatrique de Stéphanfeld, il apparaît que le nombre des malades présentant une relation entre cycle et évolution des troubles psychiques est très faible (6 %). Nos connaissances des interférences des phénomènes de la menstruation en psychiatrie sont encore au stade de la description clinique. C'est pourquoi la plus grande prudence est nécessaire avant de prescrire une thérapeutique hormonale. Il faut redouter d'administrer des traitements inutiles ou même néfastes. Beaucoup de progrès sont encore nécessaires. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude du langage schizophrénique, par S. MONTERRAT. (*Anales de Medicina*, Barcelone, vol. 43, n° 4, décembre 1957, p. 416-423).

Nombreux sont, au cours de la schizophrénie, les troubles du langage parlé et écrit. L'auteur en décrit quelques variétés et en rappelle la complexité. Le même malade peut présenter diverses perturbations associées, touchant les éléments pathiques, noétiques ou praxiques du langage. On sait que les troubles de ce dernier peuvent être expliqués par plusieurs théories : celle de Gröhle, qui les attribue à des altérations de l'attitude et les considère comme des actes manqués ; celle de Carl Schneider, d'après laquelle l'élément basal correspondrait au trouble grave de la pensée schizophrénique ; celles de Kræpelin, de K. Schneider, de K. Kleist qui, sans nier l'influence des facteurs psychiques, font intervenir des causes neurologiques focales. Envisageant la nature de la schizophasie, l'auteur la considère

comme un phénomène primaire de commutation. La pathogénie serait parallèle à celle du syndrome cérébelleux. C'est très rarement que le malade se rend compte qu'il parle de façon anormale. Un exemple est rapporté.

V.-J. DURAND.

Étude électro-encéphalographique de quelques névroses au cours de l'amélioration produite sur les troubles de l'activité nerveuse supérieure par la cure à base de largactil, par Bruno BIZZI (d'Imola). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 6, novembre-décembre 1957, p. 943-977).

Dans le développement de quelques névroses (neurasthénie hypersthénique, névrose obsessionnelle, syndromes phobiques, certaines formes de névrose traumatique), une des données physiopathologiques essentielles est constituée par la formation de foyers d'excitation inerte dans divers secteurs du cortex cérébral. Ces foyers sont reconnaissables en partie cliniquement. Parfois, ils apparaissent aussi à l'électro-encéphalogramme sous forme de rythme bêta stable, oscillant entre 15 et 25 cycles-seconde, dans les cas étudiés par l'auteur. Dans le traitement de certains de ces syndromes névrotiques, de bons résultats ont été obtenus par la chlorpromazine. Pendant la phase d'amélioration, les rythmes rapides ont toujours montré une tendance à la normalisation plus ou moins complète. Pour l'auteur, la chlorpromazine, sans doute par un mécanisme sous-cortical, favorise la régularisation des fonctions corticales, grâce à une facilitation du développement du processus normal d'inhibition protectrice. Le sommeil, dans le traitement par la chlorpromazine, constitue un effet secondaire de son action et montre que l'inhibition protectrice peut se développer jusqu'au sommeil protecteur normal. Deux figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Étude objective du sommeil chez les malades mentaux. Présentation de la méthode et premiers résultats, par Th. KAMMERER, L. ISRAËL et P. GEISSMANN. (*Cahiers de psychiatrie*, Strasbourg, 1957, n° 12, p. 37-50).

Parmi les méthodes utilisées pour l'étude du sommeil chez les malades mentaux, les auteurs ont adopté celle de l'actogramme. L'actographe employé est un matelas pneumatique d'encombrement réduit au maximum, gonflé et relié à l'appareil d'enregistrement par deux tuyaux de caoutchouc. Les tracés sont recueillis sur papier du type en usage pour l'électro-encéphalogramme. Pour dresser les courbes de sommeil, il est nécessaire d'avoir recours à une représentation à double inflexion, qui amortit les variations initiales et finales et étale les valeurs moyennes. On peut distinguer trois grandes catégories de courbes : courbes pratiquement plates, traduisant un sommeil profond ; courbes très accidentées, montrant une véritable agitation ; courbes encochées, à dents de scie plus ou moins abondantes et plus ou moins amples, en cas de sommeils de qualité moyenne. Ce sont les plus fréquentes. Les aspects du tracé sont très variables au cours des diverses affections psychiques, mais ne sont pas spécifiques de chaque syndrome. Dix figures.

V.-J. DURAND.

L'altération schizophrénique de la personnalité. Les schizophrénies processuelles, par Pedro POLONIO. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 80-89).

Sur une série de 500 schizophrènes, 85 ayant une altération résiduelle de la personnalité après un accès schizophrénique, furent considérés comme propres à l'étude de l'altération de la personnalité. Il s'agit là de la manifestation essentielle de la maladie. On trouve chez ces sujets, de manière plus évidente que dans les schizophrénies en activité, un certain nombre d'altérations de la pensée, de la volonté et des affects avec des caractéristiques organiques nettes. Ce sont surtout les aspects les plus différenciés de ces activités qui sont atteints. 151 cas de déficit et de détérioration schizophréniques furent classés suivant le degré d'altération de la personnalité, des symptômes et du comportement, en états légers, moyens et profonds de déficit et de détérioration. Une analyse structurale fut pratiquée ensuite. Il fut vérifié que, dans les états de détérioration, il y avait une plus grande fréquence de familles sans maladie mentale et de familles avec histoire de maladie mentale chronique, de types dysplasiques plutôt que pykniques, de débuts plus précoces et insidieux. Par comparaison avec un groupe de contrôle, ces malades montrent une augmentation, d'ailleurs modérée, des facteurs constitutionnels de pronostic défavorable.

V.-J. DURAND.

NEUROLOGIE

Comparaison relative entre l'encéphalographie et la ventriculographie pour l'investigation des tumeurs intracrâniennes, par Gösta NORLÉN et Ingmar WICKBOM). (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, février 1958, p. 1).

Mémoire portant sur les recherches faites dans 327 cas comprenant 45 tumeurs suprasellaires, 205 tumeurs supratentoriales, 29 tumeurs de l'angle cérébello-pontin, 36 tumeurs cérébelleuses, 2 pinéalomés.

Certains auteurs prétendent que l'encéphalographie ne doit pas être employée si le degré de l'œdème de la papille est supérieur à deux dioptries. Sur l'ensemble des cas observés par les auteurs, cette constatation se présente dans 35 cas et seulement l'encéphalogramme ne fut pas toléré dans quatre cas. La comparaison entre les complications qui suivent l'encéphalographie et la ventriculographie est difficile à préciser. Dans onze cas, la ventriculographie décéla une tumeur non opérable, ne fut suivie de mort que dans un seul cas. Avec la technique suivie par les auteurs, les risques dus à l'encéphalographie au cours des tumeurs cérébrales et de l'hypertension intracrânienne sont pratiquement éliminés. En pratique, l'encéphalographie est indiquée dans tous les cas ; même dans ceux où une ventriculographie est nécessaire pour l'examen du système ventriculaire, l'encéphalographie revêt une grande importance et elle devrait être toujours utilisée comme premier procédé.

L. MARCHAND.

Le pronostic chirurgical d'après les données électro-encéphalographiques de la sclérose de la corne d'Ammon chez les épileptiques, par W. A. KENNEDY, D. HILL, J. B. CAVANAGH et A. MEYER. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, février 1958, p. 24).

Les données électro-encéphalographiques pré-opératoires et les constatations détaillées histologiques concernent 50 sujets qui ont subi une lobectomie temporale comme traitement de l'épilepsie temporale.

La technique comprend l'usage d'aiguilles-électrodes sphénoïdales combiné à la narcose barbiturique ; les tracés électro-encéphalographiques donnent des indications sur les régions du lobe temporal qui sont les plus altérées. On peut ainsi déterminer quel est le lobe temporal qui est atteint de modifications pathologiques et préciser les altérations de l'uncus et de la corne d'Ammon. Les caractéristiques des tracés électriques peuvent déceler le siège des altérations pathologiques mais ne peuvent préciser leur nature.

L. MARCHAND.

Exophtalmie pulsative dans la maladie de Recklinghausen, par Ch. LANGMAID et A. DAWS. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, n° 1, 1958, p. 42).

L'exophtalmie pulsatile peut s'observer dans certains cas de maladie de Recklinghausen. Elle est due à une malformation des parois osseuses de l'orbite, qui permet la transmission directe des pulsations cérébrales au globe oculaire. De plus, le contenu intracranien pénètre dans l'orbite et entraîne divers degrés d'exophtalmie. Les auteurs rapportent deux cas concernant, l'un un jeune homme de 26 ans, l'autre une femme de 34 ans. L'exophtalmie est unilatérale. L'examen radiologique a décelé chez les deux sujets des défauts congénitaux dans les parois osseuses de l'os frontal, du sphénoïde et du temporal. Le degré de pulsation n'entraîne pas de trouble subjectif et l'exophtalmie est peu prononcée. Discussion sur un traitement chirurgical possible.

L. MARCHAND.

A propos d'un cas d'épilepsie focale post-traumatique sans crises convulsives généralisées. Considérations sur l'importance de la prédisposition à l'épilepsie humaine, par L. STEFANACHI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 636-644).

L'auteur écrit un cas d'épilepsie focale à siège pariétal gauche, consécutive à un traumatisme crânien. Le malade, en dépit de l'activité focale très intense sur le plan électro-encéphalographique, n'a pas présenté de crises convulsives généralisées, mais seulement des paresthésies à l'index et au pouce de la main droite, parfois accompagnées de secousses cloniques au niveau des mêmes doigts ainsi qu'au niveau de l'hémiface homolatérale. L'auteur admet l'existence d'une « activité frénatrice », type Jung, pour expliquer le manque de diffusion de la décharge épileptique dans le cas décrit ; pour lui, une telle observation confirme la nécessité d'un état de prédisposition naturelle à l'épilepsie (selon les concepts d'Amantea, Buscaino, Gibbs, Gastaut, etc...) pour qu'apparaissent des manifestations comitiales généralisées.

R. ROBERT.

Considérations clinico-radiologiques sur 35 cas de méningiomes du tubercule de la selle, par V. CASSINARI et V. BERNASCONI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 645-669).

Les méningiomes du tubercule de la selle représentent, dans la statistique de l'hôpital de l'Université de Milan, une proportion de 6,8 % des méningiomes endocraniens (35 cas sur 510) et de 15,9 % des méningiomes de la base (35 sur 220). Ils constituent une affection grave en raison de leur localisation anatomique qui compromet des fonctions physiologiques essentielles et en raison de la difficulté d'un traitement chirurgical efficace lorsqu'ils atteignent de grosses dimensions. Le diagnostic pré-opératoire est fondé sur la coexistence d'un syndrome chiasmatique avec une hyperostose pré-sellaire ou encore sur l'opacification angiographique de la tumeur. Un tel diagnostic a été établi dans 26 cas sur 35. Les données neuro-radiologiques sont d'une importance fondamentale pour le diagnostic et pour la détermination des dimensions du méningiome, de ses modalités d'expansion, éléments indispensables pour l'indication opératoire. L'intervention neuro-chirurgicale est contre-indiquée dans les cas s'accompagnant de troubles graves de la fonction visuelle et dans ceux où les examens radiologiques montrent une grosse masse tumorale.

R. ROBERT.

Cisternographie de la fosse cérébrale postérieure, par V. BERNASCONI et V. CASSINARI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 670-704).

Les auteurs rappellent les éléments les plus importants de l'anatomie neuro-radiologique normale des cavités liquidiennes de l'étage postérieur du crâne. Ils présentent les résultats d'une étude de 95 cas de cisternographies pouvant être classés en 20 cas normaux et 75 cas pathologiques. Les cas pathologiques comprennent des tumeurs, des sténoses de l'aqueduc, des hydrocéphalies infantiles par blocage des citernes, des méningocèles sous-occipitaux, ainsi que des atrophies des structures de la fosse cérébrale postérieure. Pour terminer, sont envisagées les indications et contre-indications de la cisternographie fractionnée de l'étage postérieur du crâne.

R. ROBERT.

L'étiopathogénie de la sclérose en plaques, par A. SCOPPA. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 705-734).

Après une description sommaire de la diffusion géographique des lésions de la S.E.P., l'auteur passe en revue les différents facteurs invoqués, selon les cas, dans l'étiopathogénie de la maladie : traumatiques, toxiques, carenciels, vasculaires, infectieux, constitutionnels, allergiques. Après une étude critique de chaque théorie, l'auteur expose son point de vue en faveur de la théorie allergique, et à ce propos établit un parallèle entre l'urticaire et la sclérose en plaques. Il souligne qu'à son avis on doit retenir, comme éléments de rapprochement des deux affections : l'irruption des plaques sous forme d'éléments nombreux, irrégulièrement disséminés, de dimensions et de formes très variées ; l'existence de localisations particulières « de prédilection » ; l'urticaire ; un certain parallélisme des symptômes généraux ; le

fait que, dans les deux maladies, les éléments initiaux des lésions consistent en une dilatation des capillaires et en une augmentation de la perméabilité des parois vasculaires, avec apparition consécutive d'œdème. L'auteur admet aussi l'existence d'un facteur prédisposant lié à la constitution ou à la race, qu'il démontre par une étude extensive de la littérature et des considérations personnelles.

R. ROBERT.

Troubles de la vigilance par anoxie du tronc cérébral dans les tumeurs intracraniennes, par F. VISALLI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 735-738).

Visalli propose une nouvelle explication pathogénique des troubles de la vigilance, qui s'observent au cours de l'évolution des tumeurs intra-craniennes. Pour lui, les altérations de l'état de conscience seraient secondaires à une anoxie par stagnation, laquelle provoque des troubles de la conduction des voies afférentes, sensitives et sensorielles qui parcourent le tronc cérébral. Cette condition physiopathologique peut être améliorée par la soustraction de sang de la jugulaire interne, par l'administration de cardiotoniques : ouabaine et préparations digitales.

R. ROBERT.

Sur les craniopharyngiomes. Revue synthétique, par Giorgio MILANO (de Vercell). (*Nevrasse*, vol. 6, n° 3, 1956, p. 268-277).

Dans le but d'esquisser une mise au point sur les cranio-pharyngiomes, l'auteur a rassemblé dans un travail de synthèse les connaissances embryologiques, anatomo-pathologiques et cliniques actuelles, concernant la maladie. Celle-ci, à cause du siège dans lequel se développe la néoformation, peut produire des tableaux cliniques très complexes et variés. Cependant, la première place est occupée, en principe, par les troubles visuels et les atteintes des fonctions hypophysaires. Comme le diagnostic de cranio-pharyngiome met souvent à dure épreuve l'habileté du neurologue, l'auteur a souligné l'intérêt des tableaux symptomatiques s'efforçant de coordonner ce que peut offrir la littérature actuelle afin de fournir les notions utiles pour le diagnostic différentiel. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Deux cas de polynévrite avec graves atrophies musculaires, par Raul DOLGINI (de Brescia). (*Nevrasse*, vol. 6, n° 2, 1956, p. 123-138).

L'auteur rapporte deux observations de névrite périphérique systématisée et note les affinités anatomo-cliniques, avec surtout tableau parétique amyotrophique. Il fait remarquer l'importance inhabituelle des atrophies musculaires accompagnées de contractions myofibrillaires et fasciculaires, traduisant une atteinte des cornes antérieures de la moelle. A cause de ces caractéristiques, ainsi que de la chronicité de l'évolution et surtout à cause de l'absence de modifications du liquide céphalo-rachidien, les deux cas ne peuvent être confondus avec le syndrome de Guillain-Barré-Strohl. Il faut plutôt les classer, au point de vue étiologique, parmi les radiculo-névrites infectieuses primitives. Deux figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un cas de cérébrolyse simulant une hydrocéphalie, par Jacqueline NOUSPIKEL (de Genève). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 80, fasc. 1-2, 1957, p. 259-279).

Un nouveau-né, avec des œdèmes à la face, aux mains et aux pieds, commence à présenter, au deuxième mois, des vomissements et de la diarrhée. Après une période d'amélioration, l'état général s'aggrave avec fièvre intermittente et forte anémie hypochrome. Vers le cinquième mois, le crâne commence à augmenter rapidement (jusqu'à un demi-centimètre par jour). En même temps, se produisent des convulsions de plus en plus fréquentes. La mort survient à six mois, au milieu de convulsions, de vomissements, et d'une broncho-pneumonie. L'autopsie montre un crâne nettement hydrocéphalique avec saillie des bosses frontales, liquide céphalo-rachidien abondant, rougeâtre, avec fins coagulums sanguins, stase veineuse corticale, diminution de consistance du cerveau, circonvolutions un peu aplaties, agrandissement modéré des lobes temporaux, dont le cortex atrophique recouvre une substance blanche creusée de grandes cavités, secondaires à la réunion de nombreux foyers de spongieuse. Au point de vue microscopique, on note une myélinisation normale des faisceaux pyramidaux, de la capsule interne, du corps strié, du thalamus, du cervelet. Il y a intégrité de la corne d'Ammon et de la circonvolution de l'hippocampe. Au contraire, on remarque une grave atrophie corticale temporale bilatérale accompagnée d'une démyélinisation de la substance blanche de la même région. Il ne s'agit pas d'une dysplasie, ni d'une aplasie myélinique, mais d'une dégénérescence, ce que montre la méthode de Marchi. Il ne s'observe aucune réaction névroglique ou vasculaire. L'auteur élimine les formes de démyélinisation par leucoencéphalite ou par sclérose diffuse. Il s'agit d'un cas de liquéfaction de la myéline, de cause inconnue, avec formation de cavités dans la substance blanche des lobes temporaux. Vingt-cinq cas similaires sont retrouvés dans la littérature. On y retrouve : les troubles digestifs, les convulsions, l'anémie hypochrome, la topographie des lésions. Quatre figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Hyperostose généralisée et malformation atrophique du cervelet. Contribution à la question des dysgénésies ostéoneurales, par Félix DIÉTRICH (de Bâle). (*Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 80, fasc. 1-2, 1957, p. 100-134).

L'auteur décrit l'observation d'une enfant de trois jours, morte, comme deux de ses collatéraux, d'une hyperostose associée à une grave malformation atrophique du cervelet. Une étude complète, à la fois clinique, radiologique et anatomo-pathologique est faite, montrant différentes altérations. Tout d'abord, on note que les os sont fortement épaissis et calcifiés, en particulier ceux du crâne, les fémurs, les vertèbres. Dans l'ensemble, ce processus congénital d'hyperostose diffuse et généralisée évoque beaucoup la marmorisation du squelette (Marmorknochen Krankheit), ou maladie d'Albers-Schönberg, décrite en 1904 et 1907. D'autres affections voisines peuvent être évoquées aussi : ostéite déformante de Paget, hyperostose corticale infantile (syndrome de Caffey), ostéo-arthéopathie hypertrophiante pneumique de Pierre Marie. Au niveau du système nerveux central, les lésions

touchent surtout le cervelet. Celui-ci se montre très hypoplasique, rudimentaire, principalement au niveau des hémisphères. Il y avait de même une hypoplasie des pédoncules cérébraux, du pont de Varole, du bulbe. Quant aux hémisphères cérébraux, ils étaient légèrement réduits, avec oligogyrie et microgyrie. On peut discuter de l'étiologie des deux séries d'altérations morphologiques. Peut-être est-on en droit d'admettre leur interdépendance. Mais rien n'est sûr. A propos de son observation, l'auteur fait une révision des travaux relatifs à la maladie d'Albers-Schönberg et aux syndromes apparentés, ainsi qu'à diverses malformations du système nerveux central. Il fait remarquer que l'association d'hyperostose généralisée et d'anomalies dysgénésiques encéphaliques n'avait été décrite qu'une fois, en 1949, par B. J. Koszewski. Dix-huit figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Indications, limites et valeur de la myélographie, par Giuseppe PINTUS (de Pise). (*Archivio di Medicina Mutualistica*, 1957, n° 8, p. 119-144).

L'auteur précise les indications, les techniques, les incidents de la myélographie. Parmi les causes d'obstacle à la circulation du liquide céphalo-rachidien dépistées par la myélographie, il faut mettre au premier plan les arachnoïdites et les néoformations. Dans le premier cas, le produit de contraste montrera un contenu assez déchiqueté (aspects en gouttes, en stalactites, en éclaboussures, en coulée dense). Au point d'arrêt, le produit opaque présente une convexité tournée vers le bas. Dans les néoplasmes, l'arrêt est plutôt à concavité inférieure. En principe, la myélographie ne permet pas d'apprécier l'étendue des tumeurs de la moelle ou des méninges. Les images sont souvent atypiques. La hernie discale présente des aspects particuliers et nombreux. La myélographie actuellement en cours de perfectionnement est susceptible de nombreuses applications. Huit figures en hors-texte.

V.-J. DURAND.

Problèmes d'assistance et problèmes prophylactiques de la poliomyélite antérieure aiguë, par Luigi SPOLVÉRINI (de Rome). (*Archivio di medicina Mutualistica*, 1957, n° 8, p. 145-207).

Après avoir appelé l'attention sur la gravité du problème de la poliomyélite, l'auteur traite de l'assistance sanitaire à un sujet présentant des séquelles de la maladie. Il fait allusion aux principes fondamentaux, d'ordre scientifique, auxquels doit obéir un traitement rationnel des séquelles paralytiques, décrit les divers procédés de kinésithérapie, méthode essentielle en association avec la physiothérapie et l'orthopédie. Les problèmes relatifs aux prothèses orthopédiques sont évoqués, ainsi que la nécessité absolue d'une surveillance médicale régulière et continue du sujet. En ce qui concerne la prophylaxie, l'auteur se rapporte surtout aux résultats de la quatrième conférence mondiale, de juillet 1957, à propos de l'utilisation des vaccins vivants atténués ou tués. Il pense que la question est encore pendante. Il croit, cependant, qu'en adoptant un vaccin constitué de virus vivant, mais rendu avirulent, on pourrait obtenir une immaturité réelle et durable.

V.-J. DURAND.

Anosognosie et délire passager de non-appartenance d'un membre supérieur droit après arrachement du plexus brachial et traumatisme cranien par Th. KAMMERER, L. SINGER et L. HOLDERBACH. (*Cahiers de psychiatrie*, Strasbourg, 1957, n° 12, p. 13-17).

Un sujet de 32 ans, droitier, subit, par accident de la circulation, diverses fractures, un traumatisme cranien avec perte de connaissance, un arrachement du plexus brachial droit. Aussitôt après la perte de connaissance, apparaît un syndrome confuso-onirique avec agitation et fabulation évoquant le Korsakoff. Puis se développe un délire fixe de non-appartenance du membre supérieur paralysé ainsi qu'une anosognosie typique. Le délire persiste jusqu'à la disparition du syndrome confuso-onirique. Il y a ensuite amnésie complète de tout l'épisode et survenue de douleurs de type causalgique. L'examen montre une paralysie complète et une anesthésie globale du membre supérieur droit, mais aucun signe d'atteinte cérébrale localisée ou d'autres lésions nerveuses périphériques. Le blessé était un alcoolique chronique, antérieurement gastrectomisé et thyroïdectomisé. Divers commentaires sont faits à propos de cette observation et du mécanisme d'apparition des troubles. Il est montré que l'anosognosie et le délire de non-appartenance nécessitent une double origine centrale et périphérique. Ceci est évident, car le délire était fixe au milieu des autres symptômes variables de la confusion. Il a disparu avec elle.

V.-J. DURAND.

Sur l'apparition d'herpès simplex au cours du tétanos et sur sa signification de bénignité, par Arrigo MONTANARI (de Lecce). (*Rivista di neurologia*, vol. 28, fasc. 2, mars-avril 1958, p. 209-215).

L'auteur rapporte deux cas de tétanos sur une série de 83, vus en vingt-quatre ans. Il y avait dans ces deux cas, au huitième et au quatorzième jours après le début, l'apparition d'un herpès simplex à la face. On peut supposer que le tétanos, à titre exceptionnel, a agi comme un stimulus pour le virus herpétique, déjà présent dans l'organisme. Il y a alors réveil de son activité à travers des modifications histo-humorales. Dans les deux cas, l'issue du tétanos fut favorable, en particulier dans le second, à tableau très grave. Cela fait poser la question de savoir si le virus herpétique agit en atténuant l'infection tétanique, problème qui, s'il était résolu de manière positive, ferait conseiller de favoriser le développement du virus herpétique dans les premiers jours du tétanos, par une activation artificielle.

V.-J. DURAND.

Le diagnostic angiographique de nature des tumeurs cérébrales, par Vincenzo FLORIS et Paolo SEVERINI (de Rome). (*Rivista di Neurologia*, vol. 28, fasc. 2, mars-avril 1958, p. 113-208).

S'appuyant sur une statistique importante, les auteurs étudient les possibilités du diagnostic de nature des tumeurs cérébrales, par l'angiographie. Celle-ci représente le moyen le plus précieux pour ce diagnostic. Les tumeurs vascularisées sont celles qui offrent les éléments essentiels pour la reconnaissance de la lésion. Généralement, les tumeurs avasculaires ont les caractères de la bénignité, tandis que celles à riche vascularisation sont ordinairement malignes. Cependant, il y a des tumeurs avasculaires qui sont aussi

malignes que certaines métastases et des tumeurs très vascularisées qui ont les caractères de la bénignité, comme certains méningiomes angioblastiques. La richesse de la vascularisation, plus qu'un signe de malignité, représente l'indice de la vitesse d'accroissement de la tumeur et ainsi de sa relative malignité. Mais la malignité est surtout liée à la structure histologique. Dans les gliomes, un autre caractère important à considérer comme signe de malignité est, en plus de la richesse et des altérations qualitatives des vaisseaux propres de la tumeur, la nature infiltrante des néoformations. Les astrocytomes kystiques, avasculaires et peu infiltrants, sont plus bénins que les astrocytomes infiltrants et mal délimités. Le critère de la tendance infiltrante se déduit du déplacement des vaisseaux environnants, qui est insignifiant dans les tumeurs infiltrantes. A cause de leur nature, celles-ci déterminent une infiltration plutôt qu'un déplacement des vaisseaux cérébraux. Quatre-vingt-sept figures. Bibliographie très abondante.

V.-J. DURAND.

O. Antistreptolysine en neurologie, par Augusto SASSI (de Milan). (*Il cervello*, 34^e année, n° 2, 15 mars 1958, p. 99-111).

Pendant l'année 1956, l'auteur a recherché le comportement de l'O. Antistreptolysine chez 40 malades, d'âge compris entre 7 et 68 ans, dont 33 atteints de névrites (sclérose en plaques, myélites, encéphalomyélites, névrites au sens strict), deux de chorée, un d'arthrose cervicale, un d'épilepsie temporale, un de métastases de cancer du sein, deux de radiculonévrites. Il a été possible d'observer une augmentation du taux de l'O. Antistreptolysine (le taux considéré comme pathologique au-dessus de 166 unités) ; le titre moyen dans les névrites était de 400 unités environ. On peut émettre l'hypothèse que le streptocoque développe une action d'une certaine importance, comme agent sensibilisant, dans la pathogénie désormais reconnue souvent allergique de ces affections. Il semble exister un parallélisme constant entre l'augmentation de l'O. Antistreptolysine et l'élévation des gamma-globulines et, d'autre part, une chute du titre en rapport avec une amélioration de l'électrophorèse.

V.-J. DURAND.

Sur un cas de mégalencéphalie, par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il Cervello*, 34^e année, n° 2, 15 mars 1958, p. 81-98).

Après un rappel des travaux classiques sur la question de la mégalencéphalie, l'auteur fait une description anatomo-clinique d'un cas personnel, décédé à l'âge de 57 ans. L'encéphale pesait 1.980 grammes et montrait des hémisphères symétriques, des circonvolutions anormalement larges, mais de forme normale, des sillons de dimensions non pathologiques. A la coupe, le cortex cérébral était épaissi, les ventricules d'amplitude normale, les noyaux gris de la base un peu hypertrophiés. Les dispositions architectoniques de l'écorce étaient irrégulières. Il s'agissait d'une mégalencéphalie, c'est-à-dire d'une hypertrophie cérébrale vraie. On pouvait noter, dans la famille du malade, une polyléthalie infantile des collatéraux. L'arriération était profonde. Quelques commentaires sont faits à propos de l'étiologie et de la pathogénie de cette malformation, pour laquelle beaucoup de points demeurent encore obscurs. Seize figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Sclérose tubéreuse de Bourneville. Contribution à l'étude anatomo-clinique des formes classique et fruste, par Benedicto Arthur SAMPAIO, Antonio LUISI et Jairo DE ANDRADE E SILVA (de Juqueri). (*Arquivos do departamento de Assistência a psicopatas*, São-Paulo, vol. 22, numéro unique, 1956, p. 5-50).

Les auteurs présentent l'étude clinique et anatomo-pathologique de trois cas de sclérose tubéreuse de Bourneville. Dans les deux premiers cas, il s'agit de la maladie dans sa forme classique, complète ; le troisième répond à une forme fruste. L'autopsie a été pratiquée dans le premier et le troisième cas. Une révision générale est faite permettant, par la comparaison avec les observations personnelles, d'intéressantes conclusions. Il semble que certains se sont trop cantonnés aux fonctions intellectuelles des malades. Pour les auteurs, en plus de l'oligophrénie, il faut signaler la suggestibilité et la passivité. Les derniers symptômes pourraient aider le diagnostic des formes frustes. L'évolution peut être considérée comme lente. Au point de vue anatomique, les auteurs n'ont pas retrouvé les lésions de type néoplasique dans le tissu nerveux. Leur apparition devrait être regardée comme contingente. Les tumeurs décrites classiquement représentent peut-être seulement l'évolution dans la direction blastomateuse d'éléments atypiques, génétiquement malformés. Les noyaux sous-épendymaires ne sont pas à considérer comme des spongioblastes. Ce seraient plutôt des noyaux d'éléments gliaux dysgénétiques. Les structures décrites comme appartenant au type blastomateux sont, pour la plupart, des hamartomes, c'est-à-dire des tumeurs embryonnaires étroitement en rapport avec une histogénèse défectueuse. Le rhabdomyome congénital du cœur doit être considéré, non comme un blastome, comme une lésion dysgénétique de type hamartomateux. Les discussions sont toujours ouvertes à son sujet. Les altérations osseuses, assez fréquentes, traduisent des troubles métaboliques. Les auteurs soulignent le caractère dysgénétique marqué des lésions rénales, de la plupart de celles de la peau, des lésions rétinienne, pulmonaires ou même nerveuses. Il ne faut pas considérer comme occasionnelle la coexistence possible de plagiocéphalie, de palais ogival, d'anomalies dentaires, de transposition des grands vaisseaux, d'hypoplasie vasculaire, de polypose intestinale, d'anomalies de position du cæcum, d'agénésie des gonades, de malformations du cerveau, de spina-bifida, d'hydrocéphalie congénitale. 29 figures en hors-texte. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Contribution anatomo-clinique à l'étude de la chorée de Huntington, par E. FAÇON, M. STERIADE, P. CORTEZ et Sorinella VOINESCU. (*Neurologia, psihiatria, neurochirurgia*, Bucarest, 2^e année, n° 6, novembre-décembre 1957, p. 504-514).

Les auteurs décrivent l'observation anatomo-clinique d'un cas de chorée de Huntington, ayant débuté par un syndrome asthénique et un amaigrissement important, puis ayant évolué vers un état de cachexie profonde, mortel en moins de deux ans. Il s'agissait d'une forme à évolution rapide inaccoutumée. Au point de vue anatomo-pathologique, en dehors des lésions classiques dans le corps strié, le cortex cérébral, le cervelet, il a été possible de trouver des lésions cellulaires dans le noyau paramédian dorsal du tronc

cérébral, dans l'hypothalamus, ainsi que des zones de démyélinisation dans le lemniscus médian. Dix figures.

V.-J. DURAND.

Considérations à propos d'un cas de cécité corticale, par V. IONASCOIU et Letitra URIANU. (*Neurologia, psihiatria, neurochirurgia*, Bucarest, 2^e année, n° 6, novembre-décembre 1957, p. 514-520).

Une étude est faite d'une malade artérioscléreuse, âgée de 68 ans, atteinte de cécité corticale. L'évolution de l'affection en deux temps fit admettre le diagnostic de double ramollissement de l'artère cérébrale postérieure. La malade présentait des hallucinations visuelles complexes, accompagnées parfois d'hallucinations auditives. Ceci fut interprété par les auteurs comme traduisant une lésion plus diffuse, occipito-temporale. Il existait, entre les hallucinations visuelles et l'état de conscience de la malade, une étroite liaison, dans un sens tel que, pendant la période exempte de phénomènes psycho-sensoriels, la malade était consciente de son déficit visuel.

V.-J. DURAND.

Fibres nerveuses demeurant dans les gliomes du cerveau et du pont, par Sadao SHIMOTA (de Kyoto). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 11, n° 3, décembre 1957, p. 274-294).

Vingt cas de gliomes du cerveau et de la protubérance sont soumis à l'autopsie pour rechercher une relation possible entre les fibres nerveuses restantes et les signes cliniques. La diminution des fibres dans la tumeur a été classée en quatre degrés. Moins un gliome est malin cliniquement et histologiquement, plus les fibres nerveuses sont préservées. Dans les cas appartenant aux degrés I et II, les fibres nerveuses restantes peuvent conserver leurs fonctions. Ceci est surtout remarquable dans les gliomes du pont. Des symptômes assez atypiques pour la localisation de la tumeur, comme cela peut se voir dans les gliomes cérébraux bénins, sont parfois la conséquence de la préservation des fibres nerveuses, au sein de la tumeur. Quelques gliomes s'accroissent, sans infiltrer. Pour de telles tumeurs, aucune fibre nerveuse n'est retrouvée, même si elles sont histologiquement bénignes. Les fibres sont repoussées et non détruites. Vingt-deux figures.

V.-J. DURAND.

Sur un cas de myopathie lipo-fibro-calcaire, par F. SACCANI (de Pistoïe). (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, vol. 78, 1957, extrait de huit pages).

L'auteur présente une observation de myopathie lipo-fibro-calcaire, chez un malade de 65 ans. L'affection avait débuté quinze ans plus tôt. L'évolution se fit progressivement. Un examen biopsique permit de noter des lésions semblables à celles de la fibrose lipo-calcaire de Mattioli-Foggia. A propos de ce cas, l'auteur fait une revue des connaissances relatives à la myopathie lipo-fibro-calcaire. Dix figures en hors-texte. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Paralysie faciale périphérique au cours d'un herpès floride apparu consécutivement à un pneumoencéphalogramme, par Gr. CARACAS, A. SOLOMONOVICI et I. PETROVICI (de Bucarest). (*Neurologia, psihiatria, neurochirurgia*, Bucarest, 2^e année, n^o 6, novembre-décembre 1957, p. 523-527).

Un cas est présenté d'épilepsie temporale pour lequel, après une encéphalographie gazeuse, apparut un ensemble clinique méningo-encéphalitique avec herpès floride naso-labial, au cours duquel survint une paralysie faciale périphérique. Celle-ci se montra à la période de régression des phénomènes généraux. Après cet épisode, pendant lequel les crises comitiales étaient devenues très fréquentes, il y eut une suspension des crises pendant cinq mois. Les auteurs discutent la pathogénie de l'apparition de la paralysie faciale périphérique, en estimant qu'elle serait due aux processus immunologiques plus intenses de la phase régressive de la méningo-encéphalite herpétique. La disparition des crises est considérée comme un résultat de l'absorption d'acétylcholine pendant la même période.

V.-J. DURAND.

Les altérations électro-encéphalographiques par occlusion des artères carotide interne et cérébrale moyenne, par G. CASTORINA et E. MARCHINI (de Rome). (*Il lavoro neuropsichiatrico*, 12^e année, vol. 22, fasc. 1, février 1958, p. 3-67).

Après une révision de la littérature sur les troubles électro-encéphalographiques par occlusion des artères cérébrales, les auteurs décrivent les tracés de 33 malades (une occlusion de la carotide primitive, quinze de la carotide interne au cou, cinq du siphon carotidien, douze de la cérébrale moyenne). Une angiographie de contrôle avait été faite dans chaque cas. Les auteurs montrent les difficultés relatives à des différences éventuelles de localisation électro-encéphalographique selon le siège de l'occlusion, l'atteinte la plus fréquente étant celle de la région temporale centrale. Ceci serait la conséquence d'un ramollissement prédominant à la capsule interne. Très intéressante est la marche de la régression des troubles électriques avec tendance à l'amélioration graduelle. S'il y a persistance prolongée d'altérations marquées, il faut admettre l'existence d'un processus occlusif encore en évolution ou l'intervention de complications (brusques variations de la tension artérielle avec hypotension) aggravant le tableau clinique. Pendant les premiers jours de l'occlusion, les tracés sont gravement troublés, surtout dans les occlusions de l'artère cérébrale moyenne. L'unilatéralité des perturbations électro-encéphalographiques avec localisation à un seul hémisphère peut servir de critère pour le diagnostic entre occlusion artérielle et tumeurs cérébrales. Très rarement, cependant, il a été donné d'observer des occlusions artérielles avec troubles bilatéraux de l'électro-génèse cérébrale. Il faut souligner l'importance des phénomènes de circulation collatérale de compensation, aussi bien dans la délimitation des foyers de ramollissement que dans la symptomatologie clinique. Dans la série étudiée par les auteurs, il y a un rapport positif entre la régression des signes cliniques, celle des troubles électro-encéphalographiques et l'efficacité fonctionnelle de la circulation de suppléance. Ce rapport a été démontré par l'angiographie. Quand il y avait présence persistante de graves troubles électriques, les auteurs ont

pu démontrer l'absence de circulation de suppléance ou l'intervention d'autres facteurs (variation de la pression ou altérations de la paroi artérielle) qui avaient influé négativement sur l'activité de la circulation collatérale. Douze figures. Tableaux. Très importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

BIOLOGIE ET PHYSIOLOGIE

Étude du seuil photo-myoclonique selon Gaetant, chez le chien, en fonction de l'état de prédisposition à l'épilepsie réflexe d'Amantea, par E. FERRARI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 627-635).

L'auteur a étudié chez 17 chiens l'état de prédisposition constitutionnelle à l'épilepsie réflexe d'Amantea comparativement au seuil photo-myoclonique de Gastaut ; il n'existe aucun parallélisme direct dans les résultats fournis par les deux épreuves. L'absence d'un rapport direct entre ces facteurs, — étudiés pour mettre en évidence une « prédisposition à l'épilepsie » —, est discuté et attribué au fait que vraisemblablement ces deux épreuves n'explorent pas un même et unique phénomène mais bien deux aspects distincts de la pathogénie des crises convulsives. Sur la base de ces résultats expérimentaux, la « prédisposition à l'épilepsie » apparaît comme un phénomène complexe conditionné par des facteurs multiples ayant des rapports réciproques mais non toujours directs.

R. ROBERT.

Recherches expérimentales sur le rhinencéphale du chat. 1) Exclusion et électrostimulation du complexe amygdalien. Variation du comportement provoquées par le L.A.E. 32, par R. MUSELLA et A. BARONE. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 770-801).

Les auteurs font état d'une série d'expérimentations très poussées concernant le rôle physiologique du complexe amygdalien. Chez le chat, l'amygdalectomie bilatérale entraîne l'apparition d'une importante instabilité émotionnelle avec exagération des réactions agressives de défense, ainsi qu'exaltation des instincts alimentaires et sexuels. Le rôle du complexe amygdalien dans la régulation des réactions neuro-végétatives et des comportements instinctifs est expliqué selon les auteurs, par les connexions anatomo-physiologiques amygdalo-hypothalamiques. Par ailleurs, la très précoce interruption de la gestation après l'intervention s'explique par la suppression des connexions amygdalo-diencephalo-hypophysaires. Les auteurs comparent ensuite les résultats de l'administration de la monoéthylamide de l'acide lysergique (L.A.E. 32) à l'animal, avant et après l'amygdalectomie bilatérale. Avant l'intervention, la symptomatologie caractéristique du L.A.E. 32 est constituée par l'apparition de réactions émotionnelles intenses suivie d'une inhibition motrice marquée. Après l'intervention, l'administration de L.A.E. 32 entraîne une intensification très importante de l'émotivité et de l'agressivité déjà déclenchées par l'amygdalectomie, ce qui s'expliquerait par la localisation hypothalamique de l'action pharmacologique de cette substance. Par contre, la phase d'inhibition motrice typique de l'intoxication lysergique

n'apparaît pas ; les auteurs invoquent à l'origine de ce phénomène l'interruption opératoire des circuits bulbo-mésencéphalo-hypothalamo-péricalloso-temporo-hypothalamiques, dont l'intégrité paraît nécessaire à l'apparition d'inhibition motrice. Ensuite, les auteurs examinent les effets de l'électro-stimulation des complexes amygdaliens. On obtient par cette manœuvre une augmentation très nette des automatismes buccaux alimentaires (mastication, mordillement, etc.) et des comportements sexuels élémentaires. Ces faits peuvent s'expliquer par l'activation électrique des circuits amygdalo-diencéphaliques. Avec un coltage plus élevé, l'électro-stimulation amygdalienne bilatérale fait apparaître des crises épileptiformes généralisées ; la stimulation unilatérale entraîne la survenue de crises épileptiformes unilatérales de type jacksonien. Ces phénomènes sont vraisemblablement dus à l'activation des connexions du complexe amygdalien avec le lobe temporal. Par ailleurs, après administration préalable de la monoéthylamide de l'acide lysergique, l'électro-stimulation amygdalienne accentue notablement l'inhibition motrice induite normalement par la drogue, ce qui confirme l'hypothèse du rôle des circuits bulbo-mésencéphalo-hypothalamo-péricalloso-temporo-hypothalamiques dans l'apparition du syndrome d'inhibition motrice. Enfin, les auteurs étudient les résultats obtenus par l'électro-coagulation partielle ou totale d'un ou des deux complexes amygdaliens. La stimulation amygdalienne bilatérale après électro-coagulation partielle, chez des animaux soumis à l'intoxication lysergique, augmente notablement l'inhibition motrice due à la L.A.E. 32. L'électro-coagulation totale bilatérale entraîne rapidement la régression de l'inhibition motrice lysergique. Ces faits confirment la notion d'une participation des noyaux amygdaliens aux syndromes d'inhibition motrice, dont l'apparition est facilitée par l'électro-stimulation des noyaux amygdaliens, et empêchée par leur destruction. En résumé, les auteurs parviennent à plusieurs conclusions importantes : rôle des noyaux amygdaliens dans la régulation des expressions instinctives et émotionnelles ; rôle dans l'apparition des syndromes d'inhibition motrice ; rôle dans la régulation de l'excitabilité épileptogène ; relations neuro-physiologiques avec les formations hypothalamiques.

R. ROBERT.

Recherches expérimentales sur le rhinencéphale du chat. 2) Lobotomie frontale, section péricalléuse sous-corticale, cinglectomie antérieure. Variations du comportement provoquées par le L.A.E. 32, par A. BARONE et R. MUSELLA. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, pp. 802-826).

Comme suite à leurs expérimentations sur le rhinencéphale du chat, les auteurs étudient dans ce travail les perturbations psycho-physiologiques dues à diverses interventions et l'incidence de l'administration post-opératoire de la diéthyl-amide de l'acide lysergique (L.A.E. 32). La lobotomie frontale détermine de graves perturbations des fonctions corticales, et des désordres neuro-végétatifs qui peuvent, dans quelques cas, entraîner rapidement la mort de l'animal. D'autre part, l'exclusion sélective bilatérale de l'aire 24 (tiers antérieur de la circonvolution du cingulum) entraîne l'apparition d'épisodes de grande instabilité végétative et émotionnelle, accompagnés de réactions typiquement catatoniques. L'ablation des deux tiers antérieurs du cingulum détermine une considérable hyperactivité motrice avec irritabilité et agressivité. L'ablation bilatérale totale du cingulum a des résultats inver-

ses également très caractéristiques. On note l'attitude placide, docile, passive de l'animal, avec en outre une augmentation modérée du tonus de posture. La diéthylamide de l'acide lysergique fait apparaître, après chacune de ces interventions, des tableaux divers, toujours différents du syndrome d'intoxication lysergique de l'animal intact. Chez le chat lobotomisé, on ne note pas d'inhibition motrice après administration de L.A.E. 32, mais seulement des réactions végétatives et émotionnelles intenses. Chez les animaux ayant subi l'exclusion bilatérale de l'aire 24, la diéthylamide de l'acide lysergique augmente notablement les manifestations coléreuses et agressives ; de plus, la durée du syndrome d'intoxication est plus prolongée que normalement. Après ablation des deux tiers antérieurs du cingulum, l'administration de L.A.E. 32 modifie considérablement le tableau clinique dû à l'intervention, en substituant à l'hyperactivité motrice un syndrome d'inhibition de type catatonique. Enfin, après cingulectomie totale bilatérale, le L.A.E. 32 ne fait qu'accentuer les symptômes post-opératoires dans le sens de la passivité et de l'inhibition motrice. Ces divers résultats s'inscrivent dans le cadre des recherches entreprises par les auteurs sur les connexions physiologiques du rhinencéphale avec les formations hypothalamiques d'une part, frontales d'autre part.

R. ROPERT.

Réponses du diencephale à la stimulation lumineuse intermittente et à la stimulation pharmacologique ; valeur comparée des deux méthodes, par A. BARONE et C. SERRA. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, pp. 903-918).

Etude de l'action élective de certains types de stimulation lumineuse intermittente (blanche, rose et violette) par l'intermédiaire du système diencephalo-hypophysaire, sur la zone glomérulaire des surrénales avec mise en circulation d'aldostérone et tendance à la rétention intracellulaire sodique. D'autres types de lumière (blanche et verte) agissent électivement, toujours par l'intermédiaire du système diencephalo-hypophysaire, sur la zone fasciculée des surrénales avec mise en circulation d'hormones corticoïdes et tendance à la rétention extracellulaire du sodium et d'eau. Par ailleurs, l'administration d'extraits lipoïdiques d'origine diencephalique provoque des résultats comparables mais moins immédiats et moins précis.

R. ROPERT.

Métabolisme énergétique cérébral et électroencéphalogramme, par A. BARONE, C. SERRA et M. LAMBIASE. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 971-1009).

Etude sur les modifications électro-encéphalographiques entraînées par des variations métaboliques expérimentales, concernant le métabolisme glucidique en particulier. L'administration intraveineuse de divers types de sucres fait apparaître une série de perturbations du tracé. La fréquence du rythme dominant est constamment réduite, l'amplitude est constamment augmentée, la morphologie du tracé tend vers une régularisation plus ou moins précoce. De tels résultats permettent d'approcher de plus près les composantes métaboliques du fonctionnement bio-électrique cérébral.

R. ROPERT.

Action du sérum sanguin de sujets épileptiques sur la croissance des cultures de tissu embryonnaire «in vitro», par G. LAVITOLA et G. GOGLIA. (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 108-119.

D'après leur expérimentation personnelle, les auteurs concluent à l'existence d'une certaine toxicité du sérum sanguin des épileptiques vis-à-vis de certaines cultures du tissu *in vitro*, particulièrement les tissus embryonnaires. L'action toxique ainsi mise en évidence consiste essentiellement en une inhibition de la multiplication cellulaire et donc de la croissance tissulaire. Ceci est encore plus net si les extraits embryonnaires sont placés sur un milieu de culture très dilué dont les substances nutritives sont par suite très pauvres. Ces résultats bio-chimiques confirment donc l'hypothèse selon laquelle le sang des sujets épileptiques contient des substances toxiques, hypothèse portée par de nombreux auteurs mais qui reste encore à préciser en particulier en ce qui concerne la nature chimique de telles substances toxiques.

R. ROBERT.

Diversité du comportement des épileptiques et des schizophrènes au cours de la stimulation calorique vestibulaire, par A. PUGA, V. D. CATA-PANO et F. ANGELILLO. (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 120-127).

Etude clinique du comportement de 30 épileptiques (considérés comme atteints d'épilepsie essentielle) et de 30 schizophrènes (12 paranoïdes, 12 hétéro- et 6 catatoniques) au cours de l'épreuve calorique vestibulaire. Les uns et les autres avaient été choisis après un examen clinique et para-clinique soigneux en vue d'éliminer toute cause pathologique de perturbation des résultats de l'examen de la réflexivité vestibulaire. Les résultats obtenus chez les épileptiques et les schizophrènes sont comparés à ceux de 20 sujets normaux. On note généralement une nette hyperréflexivité vestibulaire chez les épileptiques ; au contraire, dans la majorité des cas, les schizophrènes montrent une importante hyporéflexivité. Les auteurs se gardent de prétendre donner une explication exhaustive de ce contraste de résultats, sinon que l'hyperréflexivité des épileptiques fait partie de l'hyperexcitabilité neurologique globale de ces malades, et que l'hyporéflexivité des schizophrènes fait partie de leur hypoexcitabilité générale. Par ailleurs, le fait que les types cliniques de réponse vestibulaire soient inverses l'un de l'autre chez les deux types de malades paraît confirmer encore sur ce point l'antinomie existant entre les deux affections.

R. ROBERT.

Inoculation du sérum et des liquides de perfusion rectale et pharyngée des schizophrènes à des cultures «in vitro» de cellules rénales de singe, par P. D. MASTROGIOVANNI. (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 128-133).

Recherches sur la toxicité de certains liquides humoraux de sujets schizophrènes vis-à-vis des cultures de tissu. Sur les cultures *in vitro* de cellules rénales de singe, le sérum et les liquides de perfusion pharyngée et rectale de tels malades ont une action pathogène évidente (inhibition puis mort des

tissus). De même, l'inoculation de ces liquides pathogènes à des embryons de poulet entraîne la mort de ceux-ci. Cette action toxique ne s'épuise pas même après plusieurs passages consécutifs dans des milieux de culture neufs. De telles expérimentations confirment encore, pour l'auteur, l'hypothèse de l'action pathogène des liquides biologiques des schizophrènes, action sur la nature de laquelle aucun élément d'absolue certitude n'a pu être encore obtenu.

R. ROBERT.

Étude sur le phénomène chimique de l'oxydation de la D.P.P. (N-N-diméthyl-P-phénylène diamine) en présence du sérum sanguin des malades atteints de schizophrénie, par V. MICHELETTI, (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 134-142).

Etude du phénomène de l'oxydation de la D.P.P. (réaction d'Akerfeldt) comparativement chez 50 schizophrènes et 50 sujets normaux. Chez les schizophrènes, l'auteur obtient une fréquence élevée de réactions positives (88 %), au contraire de la rareté de ces réponses chez les sujets normaux (4 %). La positivité de la réaction indique l'augmentation du taux sanguin de la céruloplasmine et une diminution de la vitamine C. A cause de la facilité technique de cet examen de laboratoire, l'auteur le propose comme test paraclinique adjuvant du diagnostic de schizophrénie.

R. ROBERT.

Modifications campimétriques observées chez des alcooliques chroniques sous l'action de la chlorpromazine et de la réserpine, par A. CACOPARDO et P. RONCO, (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 143-155).

Etude des modifications du champ visuel obtenues chez 20 alcooliques chroniques, à la suite de l'administration intramusculaire d'une dose unique de chlorpromazine (50 mg.) et de réserpine (2,5 mg.). La chlorpromazine a entraîné, en général, un élargissement du champ visuel (s'il était auparavant rétréci), ou au contraire un rétrécissement (si le champ visuel était auparavant normal). La réserpine a entraîné un élargissement campimétrique presque constant. Rappelant les corrélations qui existent entre la rétine et le mésodiencephale, les auteurs attribuent les modifications ainsi obtenues à l'action de ces deux substances sur les centres végétativo-émotionnels méso-diencephaliques.

R. ROBERT.

Contribution à l'étude du métabolisme des substances indoliques dans les maladies du système nerveux par G. A. BUSCAINO et L. STEFANACHI, (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 156-178).

L'étude particulière de l'excrétion urinaire de l'acide 5-hydroxy-indol-acétique chez les schizophrènes montre que cette substance est excrétée à des doses qui restent le plus souvent dans les limites normales, quoique dans quelques cas le taux d'excrétion se soit montré au-dessus de la normale. De toute façon, le taux moyen d'excrétion urinaire de l'acide 5-hydroxy-indol-acétique est supérieur dans l'ensemble à celui qu'on trouve chez les malades mentaux non schizophrènes, chez les malades neurologiques et chez

les sujets normaux. Dans le groupe des schizophrènes, l'élimination urinaire paraît plus élevée dans les cas d'évolution récente et dans les cas de catatonie. Il ne semble pas exister de différence particulière entre les schizophrènes traités et les schizophrènes non traités quoique parmi ceux-là la thérapeutique par la chlorpromazine s'accompagne d'une diminution du taux urinaire du S.I.I.A. Ces expériences posent une fois encore le problème d'un contexte biochimique des psychoses.

R. ROBERT.

Provocation de l'accès convulsif en période d'intervalle par l'épreuve de l'hydrémie sensibilisée et stimulée, par Carlo FRANCHINI (de Novare). (*Nevrasse*, vol. 6, n° 3, 1956, p. 259-267).

L'auteur a provoqué des accès convulsifs généralisés dans la période d'intervalle chez l'épileptique par l'épreuve de l'hydrémie associée à l'administration de l'hormone antidiurétique post-hypophysaire, sensibilisée par l'antithyroïdine, potentialisée par l'adrénaline et extériorisée par de très faibles doses de cardiazol. Les résultats ont été positifs chez les épileptiques, négatifs chez le sujet normal. Cette méthode pourrait faciliter le diagnostic intercritique de la comitialité. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Accentuation de l'effet du L.S.D. 25 par des antihistaminiques, par T. YAMADA, T. TSUNODA et K. TAKASHINA (de Sendai). (*Folia psychiatrica et neurologica japonica*, vol. 11, n° 3, décembre 1957, p. 266-273).

Dans le but de rechercher l'influence des antihistaminiques sur la L.S.D. 25, des expériences ont été faites en administrant 25 gammas de L.S.D. par voie buccale après injection intraveineuse lente de l'antihistaminique. Dans tous les cas (sept), il y eut accentuation des symptômes de L.S.D. 25, de façon plus ou moins marquée. L'effet de l'antihistaminique diminue rapidement avec la baisse d'action du L.S.D. 25. Dans un cas de contrôle, soumis à l'administration de l'antihistaminique seul, il y avait des symptômes d'accentuation montrant que l'association des deux médicaments entraîne une accentuation plus marquée que la somme des actions des deux produits. Pour les auteurs, l'effet de l'antihistaminique est produit par l'inhibition de la portion histaminique normalement préexistante.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude du métabolisme des substances indoliques dans les maladies du système nerveux. Recherches qualitatives et chromatographiques sur les urines après charge avec la 5-hydroxytryptamine, par G. A. BUSCAINO, M. RODICCHI et L. STEFANACHI (de Sienne). (*Acta neurologica*, 13^e année, n° 1, février 1958, p. 44-48).

Les auteurs, qui s'étaient antérieurement intéressés au problème de l'importance du métabolisme de la 5-hydroxytryptamine dans le déterminisme des maladies mentales, rapportent les résultats obtenus dans des recherches qualitatives et chromatographiques sur l'élimination de l'acide-5-hydroxy-indolacétique dans les urines de soixante malades soumis à l'épreuve de charge (par voie intramusculaire) de la 5-hydroxytryptamine. L'observation

faite que la réponse à l'épreuve de charge est assez semblable chez les sujets nerveux, chez les schizophrènes et chez d'autres psychopathes non schizophrènes, conduit les auteurs à exclure encore une fois que le 5-hydroxy-tryptamine ait une importance spécifique directe dans le déterminisme des troubles mentaux. Figure.

V.-J. DURAND.

La psychophysiologie moderne et la loi de la valeur initiale, par Joseph WILDER (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 199-221).

Comme l'indique Overholser, nous entrons en psychiatrie dans une ère psychophysiologique. L'auteur montre l'intérêt que peut présenter dans cet esprit la loi de la valeur initiale. Elle concerne l'intensité aussi bien que la direction des réponses de l'organisme à des stimulations. Le changement de toute fonction organique consécutif à un stimulus dépend, à un degré important, du niveau antérieur au stimulus atteint par cette fonction. Ceci s'applique non seulement à l'intensité (étendue et durée) de la réponse, mais aussi à sa direction. Plus le niveau antérieur (valeur initiale) est élevé, plus minime apparaît la tendance à l'élévation par des stimulations excitant la fonction ; plus grande, au contraire, est la tendance à la baisse par des stimulations inhibitrices. En somme, plus l'énergie cinétique est élevée, plus l'énergie potentielle est faible. Des applications de cette loi peuvent être faites en neurophysiologie et en psychiatrie. Il existe des relations entre elle et les rythmes biologiques. Elle permet d'expliquer certaines réactions paradoxales. Des recherches plus étendues seront susceptibles d'apporter d'intéressantes précisions. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Du mécanisme de l'épilepsie faradique, par F. BREMER. (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 1, janvier 1958, p. 5-9).

Le mécanisme exact de l'action épileptogène de l'excitation électrique répétitive est encore imparfaitement connu. Des expériences récentes permettent de considérer le déterminisme de l'épilepsie provoquée par une faradisation locale du cortex comme un enchaînement et une intrication complexes de processus de facilitation synaptique et de dépression post-réactionnelle dans les couches superficielles et profondes du cortex. Il y a homologie entre la crise faradique et les paroxysmes à point de départ focal de la pathologie humaine. Cela pourrait conduire à rechercher des traitements plus physiologiques de ces épilepsies focales. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Influence des taux liquidiens de l'urée, de la créatinine et de l'acide urique sur la réaction de Takata-Ara, par José Carlos ARMINANTE (de Juqueri). (*Arquivos do departamento de Assistência a psicopatas*, São-Paulo, vol. 22, n° unique, 1956, p. 97-106).

Des cas d'hyperurorachie avec réaction de Takata-Ara donnant une décoloration ont été observés par l'auteur. En ajoutant de l'urée à des liquides

céphalo-rachidiens normaux ou provenant de neuro-syphilitiques, il est possible de noter une réaction protectrice colloïdale. Au contraire, l'adjonction de créatinine et d'acide uréique montre un type opposé de réaction, avec floculation. L'auteur pense qu'il serait utile de déterminer les taux de ces substances dans le liquide céphalo-rachidien, quand la réaction de Takata-Ara est positive, sans modifications des protéines liquidiennes. Tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Signification de la découverte d'immobilisines du liquide céphalo-rachidien dans la neurosyphilis, par I. ORHEL et N. HAMEL-PUSKARIC (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 5, n° 3-4, 1957, p. 238-258).

Se basant sur les résultats d'analyses de 72 cas de neurosyphilis non traités et de 127 cas traités, il est possible aux auteurs d'établir la spécificité du test de Nelson. La signification diagnostique de la méthode égale celle des autres procédés classiques. La valeur est particulière dans les cas à diagnostic difficile. Dans les cas traités ou non, les immobilisines étaient présentes à 100 % dans le sang. Pour le liquide céphalo-rachidien, la présence était de 54,5 % dans les formes non traitées, de 59,4 % dans celles traitées. D'après l'analyse des résultats dans les cas non traités, puis soumis à la thérapeutique, ainsi que dans les cas traités à divers stades, qui se révélaient ensuite comme des neurosyphilis, il ne fut pas possible de déterminer la date d'apparition ou de disparition des immobilisines. Le traitement spécifique influença la cure du processus spécifique au point de vue anatomique, ainsi que la production de réagines dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Mais, le traitement spécifique ne montra aucun succès dans le sens d'une négativation des immobilisines, soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Cent dix-sept cas de paroxysmes électro-encéphalographiques bilatéraux synchrones. Variétés électro-cliniques, évolution dans le temps, résultats thérapeutiques, par E. MEURICE (de Lierneux). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 115-185).

L'auteur a sélectionné, sur une série de cas, tous les tracés présentant de façon primitive des paroxysmes bilatéraux synchrones : petit mal électrique pur, petit mal impur, bouffées de polypointes-ondes, paroxysmes centrencéphaliques les moins spécifiques. 284 tracés relatifs à 117 malades ont été examinés. L'image électro-encéphalographique du petit mal électrique typique se traduit toujours, soit par des absences, soit par des crises sans aura, soit par les deux. La perte de conscience serait l'aura des crises purement centrencéphaliques. Le petit mal impur est marqué par des crises plus variées : les bouffées myocloniques et centrencéphaliques non spécifiques ne donnent guère des absences isolées, mais une très grande variété de crises, dont certaines évoquent beaucoup les crises psychomotrices. Seuls ces deux groupes se montrent vraiment photosensibles. Sur 28 cas photosensibles, quatre seulement n'ont de paroxysmes que sous la stimulation lumineuse intermittente. Dans l'ensemble, un traitement par les diones, associés à un dérivé psychotonique, a diminué les accès de 65 %. En cas d'échec, la poso-

logie était sans doute insuffisante. Les paroxysmes bilatéraux synchrones se traduisant par des crises convulsives sans aura ont été généralement améliorés, mais moins. Il y a eu parfois aggravation. L'association d'un tracé irrégulier et de crises convulsives sans aura est surtout responsable des mauvais résultats. L'addition d'hydantoïne a souvent fortement amélioré la composante temporelle qui pouvait surcharger le tableau clinique ou électro-encéphalographique. Certains tracés se sont modifiés dans le temps, passant d'un type de paroxysme bilatéral synchrone à un type dégradé, ou évoluant vers une localisation. Il s'agissait surtout de jeunes enfants. Ils ont bénéficié d'un traitement nuancé. Six figures. Tableaux. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

La dysergie épileptique, par Guido TREVES (de Turin). (*Note e rivista di psichiatria*, 50^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957, p. 687-696).

Considérant l'épilepsie comme un état dysergique particulier, l'auteur a soumis 89 malades au test cardiazolique, obtenant 43,8 % de réponses positives (accès, absences, réactions vaso-motrices intenses). Enfin, il a pratiqué, chez les 38 épileptiques à réponse positive au test cardiazolique, une désensibilisation à l'histamine suivie d'un nouveau test au cardiazol. Il a noté que 86,7 % des malades étaient devenus absolument réfractaires au test cardiazolique. Cela démontre l'importance du facteur histaminique dans le déclenchement du mécanisme convulsif et ouvre la voie à des recherches thérapeutiques pour une désensibilisation des dysergies épileptiques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

Fondements neurologiques des phénomènes de conscience, par V. M. BUSCAINO. (*Acta neurologica*, XIII, 2, mars-avril 1958, pp. 93-107).

Etude du rôle, de divers centres cérébraux dans l'apparition et le maintien de la conscience. Selon l'auteur, on peut conclure que, pour la prise de conscience, les organisations anatomiques du tronc cérébral (spécialement les systèmes aspécifiques et réticulaires) sont nécessaires, mais sur le même plan que la régulation de la glycémie ou le maintien de l'oxygénation cérébrale. Le tronc cérébral assurerait seulement l'état de veille (activité électro-encéphalographique désynchronisée) et l'état de sommeil (activité électro-encéphalographique synchronisée), c'est-à-dire le « comportement inconscient » (végétatif, instinctif, émotionnel, moteur, spécialement extrapyramidal).

La conscience surgit lorsque des systèmes de neurones corticaux fonctionnent sélectivement et lorsque cette activité sélective est « signalée », non seulement aux centres perceptifs et aux centres du langage, mais aussi au centre concernant le schéma corporel.

Au point de vue neurologique, la conscience ne serait que le plus haut degré d'activité sélective de groupes neuronaux, activité signalée sélectivement de manière complexe et en particulier en termes de langage.

R. ROBERT.

La physiologie de la mémoire, par R. RUSSELL. (*Proceedings of the royal Society of medicine. Section of neurology*, vol. 51, n° 1, janvier 1958).

L'auteur se propose de discuter quelques processus physiologiques concernant la mémoire. Il précise d'abord qu'il y a deux aspects importants dans le développement des fonctions du système nerveux central : 1° La tendance fondamentale des cellules nerveuses à répéter les formes de leur activité. Cette capacité de reproduire une réponse antérieure constitue un rôle essentiel dans la physiologie de la mémoire. 2° La capacité de favoriser ou au contraire de suspendre toute réponse si elle apparaît avantageuse ou désavantageuse à l'organisme.

Chez l'adulte, des mécanismes fronto-hypothalamiques jouent un rôle important ; il en résulte une réaction personnelle que nous appelons sentiment et qui répond aux circonstances.

Dans un système nerveux comprenant déjà des courants bien établis, de nouveaux courants peuvent se produire et la répétition des réponses aux mêmes stimuli peut acquérir un degré remarquable de constance et d'automatisme.

Des décharges spontanées peuvent avoir lieu dans les courants déjà formés et le mécanisme déjà acquis continue à se perfectionner, même, si durant quelque temps, il est resté sans emploi. C'est ainsi qu'un problème mental peut être résolu après l'avoir mis de côté pendant quelque temps. Pour l'auteur, c'est le même mécanisme qui intervient, que le travail soit physique ou appelé mental.

Le mécanisme physiologique au moyen duquel une synapse activée antérieurement est plus facilement activée ensuite n'est pas bien établi, mais il y a quelque évidence que des modifications physiques peuvent jouer un rôle ; par exemple, le croisement des fibres entre les cellules nerveuses, les cellules névrogliques et les vaisseaux ; par exemple, les épines des dendrites des cellules. Des modifications dans ces épines peuvent résulter de l'activité des synapses. Les modifications fonctionnelles se font au niveau des synapses, et non au niveau des corps cellulaires. La mémoire, loin de dépendre de modifications passives dans les cellules nerveuses, est un processus actif ; elle se perd quand les neurones intéressés cessent de se décharger le long des courants antérieurement formés. Il n'y a probablement pas d'aires cérébrales spéciales pour les mémoires. La mémoire d'une habileté physique doit certainement être contenue dans toutes les régions et niveaux du système nerveux central. La capacité de se répéter s'applique aux formes les plus élevées de la mémoire.

Une autre qualité du système nerveux central est sa capacité d'effectuer une série de reproductions dans un certain ordre et dans une certaine succession ; il peut associer une mémoire motrice avec une autre mémoire. Un autre important aspect de la mémoire est de reconnaître ce qui est connu de ce qui ne l'est pas.

L'étude des membres fantômes chez les amputés fournit des exemples intéressants de mémoire sensorio-motrice. Le cerveau, qui a été entraîné pendant des années à interpréter les sensations venant du membre amputé, en conserve la mémoire durant des mois. De même, une blessure du lobe pariétal peut abolir l'appréciation de la position des membres contro-latéraux par rapport au reste du corps.

Le système de l'hippocampe intervient dans le mécanisme de la mémoire et dans la reconnaissance de ce qui est déjà reconnu, enregistré ; de même,

les corps mamillaires dans la psychose de Korsakow. Le système de l'hippocampe doit aussi intervenir dans la sensation de déjà vu dans l'épilepsie temporale. Ses connexions avec toutes les régions corticales doivent lui permettre de jouer un rôle important, à la fois dans la mémoire et l'acquisition de nouvelles connaissances. De plus, il contribue essentiellement à stimuler l'association des idées et des sentiments, si importante pour consolider les mémoires.

Les hallucinations permettent l'étude du mécanisme désordonné de la mémoire. Les hallucinations visuelles concernent généralement des objets qui sont reconnus comme tels. Certaines personnes et surtout des artistes ont un sens visuel très développé qui leur permet de voir certaines choses avec « l'œil de leur esprit ». Les hallucinations pendant les maladies sont généralement basées sur des souvenirs accompagnés d'une forte charge émotive. Dans l'image de soi, le sujet a éprouvé antérieurement un intérêt excessif pour sa personne. Sous bien des rapports, les hallucinations et les rêves ont le même mécanisme.

Dans les amnésies traumatiques, la guérison du processus mental porte d'abord sur les mécanismes les moins compliqués et ensuite sur les plus compliqués. Les mémoires récentes peuvent être perdues au point que le sujet se croit plus jeune de quelques années. En résumé, les mémoires acquises récemment sont plus vulnérables que les mémoires fixées depuis longtemps. L'explication de cette dissolution cérébrale s'explique par cette constatation que les mémoires dépendent de connexions synaptiques qui se renforcent automatiquement à mesure que le temps passe.

L'amnésie rétrograde qui après les ébranlements cérébraux dure une courte période est d'une importance spéciale ; la réapparition de la mémoire peut mettre une à deux secondes, ce qui est un long laps de temps au point de vue neuro-physiologique. Des hallucinations dramatiques peuvent se produire et le sujet en perd ensuite le souvenir. Elles sont dépourvues de sentiment et on peut admettre que des mécanismes hippocampique et émotif n'y prennent pas part. Le système hippocampique peut donc rester séparé de la région pariéto-occipitale pendant une période de secondes avant le retour de la mémoire.

Le mécanisme de se souvenir est si effectif que bien des victimes d'accidents sévères cérébraux se rappellent nettement les événements qui ont eu lieu dix secondes avant l'accident. L'activité neuronale pendant la période confusionnelle post-traumatique continue donc spontanément à fortifier les mémoires.

Si nos mémoires sont en fait des circuits neuronaux bien établis qui jamais n'entrent en repos, pourquoi n'agitons-nous pas constamment nos membres en réponse à cette constante activité ? C'est que des processus d'inhibition interviennent. Il est possible que dans chaque cellule pyramidale il y ait un système particulier de coupure. On peut admettre que notre mémoire neuronale peut rester constamment active sans parvenir jusqu'à ce qu'on appelle la conscience.

Comme autre phénomène remarquable, l'auteur donne les exemples suivants : un sujet est engagé dans un travail mental ; si le tic-tac de sa montre s'arrête, il est prévenu de ce qui arrive et il peut pendant quelques secondes réentendre les derniers tic-tac. Si on s'arrête d'écouter ce que quelqu'un dit, on peut se rappeler un ou les deux derniers mots prononcés.

L. MARCHAND.

Discussion sur la mesure physiologique de la « tension émotionnelle ».

(*Proceedings of the royal Society of medicine*, vol. 51, n° 2, février 1958, p. 76).

D^r Brian Ackner. — Après avoir critiqué la théorie de James-Lange, l'auteur cite les travaux de Shagass qui, utilisant les modifications électro-encéphalographiques et cliniques provoquées par les barbituriques, créa une méthode pour obtenir une indication quantitative de la tension émotionnelle (sédation-seuil) chez certains malades.

Dans un premier travail, Ackner avait montré que chez des sujets présentant « une sévère anxiété », l'étude du volume du pouls digital au moyen d'un pléthysmographe différait durant l'état de repos et durant le sommeil provoqué. Dans de nouvelles recherches faites en collaboration avec le *D^r Pampiglione*, une lente injection intraveineuse de sodium-amytal était faite au malade. Celui-ci était interrogé et l'injection était continuée jusqu'à ce que l'on obtienne un embarras de la parole. La quantité d'amytal injectée était notée. Ce test fut pratiqué chez 56 malades et en même temps le pouls digital fut enregistré au pléthysmographe. On compara le volume du pouls durant le repos et son maximum durant l'injection d'amytal. On nota que ce fut chez les sujets présentant une anxiété marquée que ce maximum fut le plus élevé. L'auteur note toutefois que l'anxiété est un concept dont les caractères peuvent être qualifiés mais non calculés.

D^r Pampiglione. — D'après diverses études faites par des physiologistes sur les modifications du corps dans les émotions, il n'y a pas de parallélisme entre le développement et le degré de l'agitation mentale présentée par le malade et d'autre part le développement et le degré des modifications mesurables du corps. Dans les mesures faites avec le *D^r Ackner* concernant l'électro-encéphalographie, les modifications respiratoires vaso-motrices et dermo-électriques, la variabilité dans les données d'un sujet à un autre furent très accusées et souvent difficiles à préciser. L'augmentation de la rapidité des ondes dans les tracés électro-encéphalographiques, qui est causée par une injection intraveineuse d'amytal sodique ne se produit plus si le malade n'a pas pris de sédatif depuis plusieurs jours et les potentiels d'une action musculaire peuvent masquer l'électro-encéphalogramme.

Le « seuil sédation » de Shagass est basé sur deux phénomènes : la modification de la parole (embarras) et les modifications de l'électro-encéphalogramme (rapidité de l'activité) sous l'influence de la dose barbiturique nécessaire. Pampiglione montre combien ces deux phénomènes sont variables ; ils ne peuvent donc être utilisés pour mesurer le seuil sédation. Les différences obtenues chez des sujets présentant, les uns une légère anxiété, et les autres une anxiété sévère, sont trop faibles.

D^r Peter Sainsbury. — Ce sont les réponses musculaires qui représentent les manifestations somatiques les plus évidentes de l'état mental d'un malade et particulièrement de son état émotionnel. L'auteur montre comment on peut mesurer l'activité tonique, l'activité musculaire, la tension du muscle. La concordance trouvée entre les mesures de la tension dans quatre groupes musculaires distincts suggère que chez les sujets atteints d'anxiété, l'ensemble des muscles du corps reçoivent une innervation accrue.

Une augmentation des mouvements spontanés du corps peut aussi être retenue comme faisant partie de l'ensemble des troubles émotionnels ; par

exemple, les gestes qui accompagnent la parole et ceux qui sont sans signification, tels que le tic d'ajustement, l'onichophagie. L'auteur montre comment il a pu enregistrer de tels mouvements et vérifier l'hypothèse que le trouble émotionnel est accompagné d'une activité psychomotrice accrue. Ainsi, les modifications de l'innervation des muscles volontaires s'observent dans les émotions et paraissent aussi importantes que celles concernant l'innervation viscérale. L'hypothalamus et le tronc cérébral interviennent ; la décharge centrale intéressant les muscles peut être démontrée par les modifications, qui interviennent aussi bien dans les mouvements spontanés que dans la tension musculaire. Il serait désirable que le terme « tension » soit réservé aux manifestations musculaires des émotions.

D^r Denis Hill. — Si les stress sont facilement reconnus cliniquement et traités par les tranquillisants, leur mesure reste un problème déconcertant. C'est que les idées diffèrent sur la nature de la tension émotionnelle. L'expérience clinique montre qu'elle persiste durant le sommeil. Le fait que la tension émotionnelle persiste comme phénomène organique du système nerveux, comme un état permanent, est un problème commun à toutes les questions concernant les rapports entre l'activité neuronale et mentale. Du point de vue physiologique, les mécanismes probables concernant la tension émotionnelle sont inaccessibles, seuls ses effets sont discernables. L'auteur remarque que le malade qui est examiné dans un laboratoire rempli d'appareils se trouve dans un état émotif et contrarie les recherches.

D^r Murdo Mackenzie. — Il serait prudent de définir les mots que l'on emploie. Le mot dépression peut varier de sens suivant que l'on parle de simple dépression, de dépression réactionnelle, de dépression endogène, de dépression agitée. Le terme personnalité souffre aussi d'un défaut de conformité. C'est ainsi qu'on parle d'une théorie psycho-analytique de la personnalité et d'autre part on emploie ce terme pour désigner l'ensemble du comportement d'un sujet. La précision dans les termes est indispensable quand on tente des recherches sur la mesure physiologique de la tension émotionnelle.

L. MARCHAND.

Contribution à la conceptualisation psychiatrique du psychisme, par Atila FERREIRA VAZ (de Juqueri). (*Arquivos do departamento de Assistentia a psicopatas*, São-Paulo, vol. 22, n° unique, 1956, p. 71-96).

L'auteur cherche à démontrer que le psychisme est pour l'être vivant ce que la forme ou la figure est pour l'être brut. C'est l'expression, le diagramme du conflit incessant entre l'être et l'ambiance. La psychologie, d'une façon générale, est un simple chapitre de la pathologie générale, qui réunit dans la forme de l'être (milieu intermédiaire) la lutte de son contenu (milieu interne), contre l'ambiance (milieu extérieur). Donc, la psychologie est une bioécologie. Comme le dit Jean-Paul Sartre, la psychologie humaine est l'étude de l'homme en situation. Cela explique que la thérapeutique psychiatrique doit être somato-psychologique, ou mieux somato-sociologique. Le psychiatre doit agir comme un pédagogue, un psychagogue, car le psychopathe est un homme qui régresse à l'enfance, du fait de causes organiques ou sociales.

V.-J. DURAND.

Les principes du conditionnement et la théorie de la personnalité, par H. J. EYSENCK (de Londres). (*Revista de Psicología General y Aplicada*, Madrid, vol. 12, n° 44, octobre-décembre 1957, p. 655-667).

Après avoir évoqué les deux dimensions principales de la personnalité proposées par C. G. Jung : extraversion et introversion, l'auteur montre qu'il est intéressant de chercher à établir un parallélisme avec les travaux de Pavlov. Celui-ci avait pu établir que les hystériques montraient un comportement susceptible de rappeler les phénomènes d'inhibition corticale excessive du chien. Les dysthymiques, au contraire, avec symptômes d'anxiété et de dépression, avaient une conduite voisine de celle qui caractérise, chez le chien, la prédominance de l'excitation corticale. Dans l'ensemble, Eysenck a pu montrer que les dysthymiques sont plus faciles à conditionner que les hystériques. Quant aux sujets normaux, ils présentent tous les degrés intermédiaires. Diverses expériences ont permis de vérifier le parallélisme entre l'axe introversion-extraversion et la plus ou moins grande facilité de conditionnement. Les introvertis sont plus faciles à conditionner. Au point de vue de l'action de certains médicaments, il est établi que les hystériques et les psychopathes ont un seuil de sédation plus bas que les dysthymiques. Cinq figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Systématique analytique et compréhensive de l'électroencéphalogramme humain normal. Electroencéphalogramme et personnalité psychophysique, par D. MARMOL PLAZA (de Séville). (*Revista de psicología General y Aplicada*, Madrid, vol. 12, n° 44, octobre-décembre 1957, p. 669-691).

L'auteur décrit les caractéristiques essentielles de l'électro-encéphalogramme humain normal, tout en analysant sa signification. Puis, il rappelle les principales conceptions qui cherchent à expliquer l'électrogénèse cérébrale : théorie de l'auto-rythmicité corticale du rythme alpha (Adrian, Kornmüller, Dusser de Barenne), théories de contrôle sous-cortical du rythme alpha (avec mise en évidence du rôle du système activateur réticulaire descendant de Moruzzi et Magoun, du système thalamo-cortical de Jasper ou du centrencéphale de Penfield), enfin, théorie des circuits réverbérants cortico-sous-corticaux de Lorente de No. Diverses statistiques sur les variations du tracé normal permettent de voir la diversité des opinions émises. Comme l'écrivait Liberson : « Les caractéristiques fonctionnelles électro-encéphalographiques contribuent à l'évaluation psychobiologique totale de la personnalité. » Particulièrement intéressantes sont les études de Gastaut et ses collaborateurs avec description d'un syndrome électro-encéphalographique d'hyperexcitabilité corticale, d'un syndrome d'hypoexcitabilité corticale, d'un syndrome de labilité corticale. D'autres types de personnalité ont été reconnus par divers auteurs ; ainsi : types actifs, types passifs, types frustrés, impatients, revendicateurs, agressifs et hostiles (Saul, Davis et Davis). De toute façon, l'électro-encéphalographie peut aider à l'étude de la personnalité.

V.-J. DURAND.

Données pour l'adaptation et la validation du questionnaire Maudsley d'instabilité émotionnelle, par José Luis PINILLOS (de Madrid). (*Revista de Psicología General y Aplicada*, Madrid, vol. 12, n° 44, octobre-décembre 1957, p. 753-756).

Le questionnaire médical Maudsley (Maudsley Medical Questionary, M.M.Q.), est un test de névrotisme très utilisé en Angleterre. L'auteur en indique les conditions d'application en Espagne. L'épreuve lui apparaît comme valable pour discriminer les névrotiques et les psychotiques des sujets normaux. L'échelle d'insincérité présente des corrélations hautement significatives avec d'autres épreuves objectives d'insincérité. Le questionnaire de Maudsley peut constituer un bon test de personnalité. La traduction espagnole des 56 questions est reproduite.

V.-J. DURAND.

Validation du Cornell Index F N2 chez des sujets espagnols, par Enrique CERDA (de Barcelone). (*Revista de Psicología General y Aplicada*, Madrid, vol. 12, n° 44, octobre-décembre 1957, p. 757-776).

Après un rappel des différents moyens d'exploration de la personnalité, l'auteur envisage la validation du Cornell Index Forme N2 chez des sujets espagnols. Il en reproduit les cent questions, en indique la notation. Puis il étudie son application chez 251 sujets. Le test s'est montré pratique, rigoureusement objectif, valide pour le diagnostic de troubles névrotiques, psychosomatiques et de réactions psychopathiques. Il est très utile pour le dépistage de troubles psychosomatiques, pour le triage psychiatrique rapide dans la sélection du personnel. Pour les sujets espagnols, les notes critiques sont les suivantes : moins de 10, pas de troubles émotionnels ; de 10 à 22, troubles émotionnels légers ; de 25 à 38, troubles émotionnels évidents ou même accusés ; au-dessus de 38, troubles émotionnels très intenses. Nombreux tableaux. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le transvestisme. Sur le principe de l'intégration de l'inconscient. Parallèles mythologiques, par Gian-Franco TEDESCHI (de Rome). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 11, n° 6, 1957, p. 357-366).

Les phénomènes psychopathologiques peuvent être étudiés à trois niveaux : sur le plan phénoménologique clinique, dans le sens de la psychopathologie classique, en liaison avec quelques moments inconscients de la biographie de la personnalité ; enfin, du point de vue des couches inconscientes, impersonnelles, collectives (Jung), qui sont latentes dans toute âme humaine derrière toute manifestation individuelle. Ces niveaux psychologiques, archétypiques, nous permettent de comprendre téléologiquement les symptômes eux-mêmes. C'est la liaison du drame clinique et d'un aspect fondamental de la vie, dont les expressions pathologiques sont à rapporter à une faiblesse du moi. Cette dernière est confrontée avec la situation archétypique. Une application de cette conception à un cas de transvestisme permet à l'auteur de comprendre, dans ce symptôme, un besoin mal satisfait d'une plus grande intégration des contenus inconscients à la conscience. Il est possible de reconnaître une certaine analogie avec des éléments mythologiques,

dont le point de départ était fourni par les images oniriques d'un malade en cours de traitement psychothérapique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La catégorie du possible en psychopathologie, par Michele TORRE (de Turin). (*Note e riviste di psichiatria*, 50^e année, fasc. 4, octobre-décembre 1957, p. 647-685).

L'auteur étudie les concepts de « possible » et d'angoisse et leurs rapports réciproques dans l'œuvre de Kierkegaard et de Heidegger. Puis il expose trois observations cliniques auxquelles on put appliquer de tels concepts. Il en discute les éléments psycho-pathologiques. Enfin, il examine, en se basant sur les conceptions propres de la philosophie existentialiste, les rapports entre possible et angoisse en psychologie normale et pathologique. Il pense avoir délimité un phénomène psychopathologique, sûrement assez fréquent, qu'il propose de nommer « adynatie » (impossibilité de projeter la possibilité en tant que possibilité). Dépendants de cet état, secondaires à lui sont l'angoisse, le sentiment d'irréalité et une particulière compréhension du temps. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Léonard, précurseur de la psychophysiologie et de la psychologie dynamiques modernes, par Giovanni DALMA (de Tucuman, Argentine). (*Nevrasse*, vol. 6, n° 3, 1956, p. 231-253).

Léonard de Vinci, dans ses écrits, a touché à de nombreux problèmes de psychophysiologie ou de psychologie dynamique dont certains n'ont été repris que récemment. Parmi les principales questions envisagées par le grand maître italien, on peut citer : l'âme, les localisations des fonctions psychiques, les centres nerveux et les voix centripètes ou centrifuges, les phénomènes de libération de contrôle des instances supérieures avec automatisation, par causes physiologiques ou pathologiques (annonçant ainsi Jackson), le mécanisme de la vision, les couleurs complémentaires, les problèmes de persistance des images visuelles, le rôle des gonades sur le tempérament des animaux, le développement de l'instinct maternel chez les chapons, la fascination hypnotique, la phénoménologie onirique, la psychologie des expressions physionomiques et des gestes, les stimulations de la capacité d'invention de l'artiste par les taches ou les fissures murales, la théorie de la sélectivité mnésique, la finalité biologique des instincts, la situation de conflit entre ceux-ci et les instances plus élevées (conflit pouvant être résolu par la sublimation), le triangle œdipien, la lutte de l'homme et de la femme, celle des générations, la tendance de l'artiste à reproduire inconsciemment ses propres traits (expression de narcissisme), l'influence du narcissisme dans le choix de partenaire (thème repris plus tard par Goethe dans les « Affinités électives » et par Szondi), l'instinct thanatique lié à la tendance des êtres à retourner à l'état indifférencié et à des lois d'économie cosmique. De très intéressants rapprochements peuvent être faits entre les opinions de Léonard de Vinci et certaines conceptions actuelles, telles que celles de Jackson, de l'endocrinologie, du gestaltisme et de la psychanalyse. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Importance des formes culturelles en psychothérapie, par José Angel BUSTAMANTE (de La Havane). (*American journal of psychotherapy*, vol. 11, n° 4, octobre 1957, p. 803-812).

La manière de résoudre un conflit entre les pulsions instinctives (les nécessités biologiques) et le milieu social et culturel détermine si un individu doit être considéré comme normal ou comme névrotique. On considère ce dernier comme mal adapté à l'ambiance, situation pour laquelle les facteurs culturels occupent une place prééminente. L'environnement physico-socio-culturel sert à canaliser les pulsions instinctives, au moins en partie. De nombreux travaux récents ont montré l'importance des facteurs culturels. Des exemples, pris dans la littérature ou dans l'expérience personnelle de l'auteur, appuient la démonstration. Il est certain que le psychothérapeute doit être capable de bien connaître les fondements culturels de son malade et d'avoir une soigneuse maîtrise des cas de cultures multiples (ce qui se voit souvent aux Antilles). Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les rêves comme auxiliaires dans l'évaluation de la force du moi, par Emil A. GUTHEIL (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 338-357).

Après avoir étudié la structure générale du moi, l'auteur montre que les rêves peuvent aider à apprécier la force du moi. Il rappelle les modifications de cette force au cours de diverses névroses et psychoses et donne des exemples. La force du moi peut être considérée comme la capacité relative de ce dernier à répondre effectivement aux demandes du monde extérieur, du sur-moi et du ça. Toutes les fois que l'on trouve intactes la force de répression et la capacité de contact avec le réel, on peut conclure à des modes de défense plus ou moins normaux. L'apparition de formes de défense urgente, telles que le refus, la dépersonnalisation, la déréalisation, le blocage, par exemple, est un signe d'alarme. Il y a alors faiblesse du moi. L'étude des rêves pourrait faciliter l'appréciation du déficit de la force du moi, permettant parfois de prévenir certaines réactions, y compris le suicide. Six figures explicitant les structures du moi.

V.-J. DURAND.

La biogénèse de la vie psychique, par Jurandyl MANFREDINI (*Revista brasileira de saúde mental*, vol. 3, n° 1, juin 1957, p. 117-126).

Trois concepts basiques sont essentiels pour la biopsychologie : le psychisme est un fait biologique, une superstructure fonctionnelle de la matière vivante ; il n'est pas un privilège exclusif de l'espèce humaine ; les origines des aspects fonctionnels du psychisme supérieur doivent être cherchées dans les activités élémentaires de la matière vivante. Il faut aller dans cette recherche jusqu'aux faits les plus simples de l'activité protoplasmique. Or, la caractéristique primaire fondamentale de la matière vivante, origine de toutes les autres, c'est l'irritabilité. L'auteur étudie l'irritabilité biologique, les tropismes, les structures fonctionnelles du psychisme supé-

rieur. Enfin, il présente un schéma de la biogénèse de la vie psychique. A cinq facteurs fonctionnels de l'irritabilité correspondent cinq structures du psychisme supérieur : à la sensation d'un stimulus répond la sensibilité ; à la reconnaissance du stimulus, l'affectivité ; au choix de la meilleure réponse correspondent instinct et intelligence ; à l'exécution de la réponse est assimilée la réactivité réflexe ou volitive ; à la conservation de l'expérience correspond enfin la mémoire.

V.-J. DURAND.

Rêves et réveil, par Montague ULLMAN (de New-York). (*American journal of psychotherapy*, vol. 12, n° 2, avril 1958, p. 222-242).

Pour l'auteur, la fonction de gardien du sommeil attribuée aux rêves n'est pas compatible avec les découvertes physiologiques récentes, sur la nature et l'étendue de la fonction onirique. Ce qui est rapporté comme rêve est actuellement une période étendue de conscience survenant pendant l'étape la plus superficielle du sommeil. Il est associé avec un effet terminal de comportement qui peut être, soit celui du réveil, soit le retour à un sommeil plus profond. Les faits invoqués indiquent une étroite relation entre les processus de rêve et de réveil. Cette relation a été explorée en connexion avec les problèmes de vigilance et d'orientation impliqués en effectuant le passage du sommeil à l'état de veille. La similitude qualitative entre les rêves et les autres états de déficit sensoriel est mieux reconnue en considérant la nature troublée des besoins de la vigilance et les difficultés d'orientation qui caractérisent ces états. La présente communication faite le 16 novembre 1957 devant l'American Psychiatric Association (réunion de New-York), a été suivie d'une longue discussion.

V.-J. DURAND.

L'avenir de la psychologie dynamique, par Edward GLOVER (de Londres). (*The british journal of medical psychology*, vol. 30, n° 4, 1957, p. 219-229).

Stricto sensu, l'usage du terme « psychologie dynamique » pour décrire un système psychologique donné, apparaît à l'auteur, inadéquat ou tendancieux, ou les deux. Il est inadéquat, car les faits psychiques et les théories psychologiques ne peuvent être uniquement décrits en terme d'énergie. Il est tendancieux, car en soulignant l'importance des facteurs dynamiques dans les phénomènes mentaux, il conduit à négliger certaines conceptions. L'auteur, montrant la diversité des sens donnés au mot « dynamique », fait la critique de la psychologie dynamique. Des précautions sont nécessaires. Les cinquante prochaines années seront sans doute occupées à combler les lacunes de la métapsychologie, à produire de nouvelles classifications cliniques des troubles psychiques, à systématiser les reconstructions actuelles des stades les plus précoces du développement mental, qui ne peuvent être démontrés par la psychanalyse directe de l'enfant.

V.-J. DURAND.

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Du travail considéré comme méthode éducative dans les écoles d'Israël, par Amitai ETZIONI. (*Enfance*, novembre-décembre 1957).

L'auteur montre comment une société en évolution change ses méthodes éducatives selon les besoins. Au moment du rétablissement de la communauté juive en Palestine, l'idéologie affirmait que le travail, et plus spécialement le travail agricole était bon en soi car la population comportait des classes moyennes mais peu d'ouvriers et très peu d'agriculteurs. Toutes les classes eurent un jardin à cultiver, les étudiants devenaient ouvriers agricoles en vacances. Quand l'état d'Israël fut fondé, tout changea, car actuellement des débouchés existent dans de nombreux métiers. Les cours de civisme ont remplacé le jardinage et l'atelier. Les jeunes font un apprentissage pratique puis professionnel et alors on orientera l'enfant selon ses aptitudes, son milieu, les besoins de l'économie. Les grandes opérations éducatives : reboiser des collines, colmater une inondation... sont en défaveur, car trop onéreuses.

D. JOYEUX-QUERCY.

Les effets du niveau de contrainte sur l'effort de contrôle, par Roger PERRON. (*Enfance*, novembre-décembre 1957).

L'auteur rappelle une étude antérieure montrant que, pour une tâche donnée, l'effort de contrôle est directement lié au degré de contrainte et que lorsque celui-ci diminue, au cours de l'épreuve, il y a accélération du travail et augmentation des erreurs. Il choisit 23 garçons et 25 filles de force égale, les classe en deux groupes A et B et leur demande de repasser au crayon un pointillé. Le groupe A est mis à l'aise alors que le groupe B est considéré avec sévérité. B est lent mais fait beaucoup moins de fautes que A. Quant au relâchement de l'effort de contrôle en cours d'épreuve, il varie peu d'un groupe à l'autre.

Dans une 2^e et 3^e séance, on inverse tout : sévérité avec A, mise à l'aise de B. On voit alors que le rapport de la qualité s'inverse dans la 2^e séance pour s'accroître à la 3^e et que le rapport vitesse s'annule à la 2^e et s'inverse à la 3^e séance. Par contre, le relâchement en cours d'épreuve reste à peu près invariable : il serait en rapport avec une dépense d'énergie qui va en diminuant pour éviter l'épuisement.

En pratique, doit-on montrer avec tous une neutralité bienveillante, ou encourager les hésitants, les scrupuleux, et se montrer plus sévère avec les légers ? Ceci intéresse aussi bien les psychologues que les pédagogues.

D. JOYEUX-QUERCY.

Les adolescents et la lecture, par Odette LÉVY-BRUHL. (*Enfance*, novembre-décembre 1957).

L'auteur a présenté à plus de 1.000 adolescents une liste de 400 titres de livres en leur demandant leurs préférences.

Les premiers résultats montrent un intérêt très vif pour les romans sociaux et réalistes traitant de problèmes d'actualité et pour les récits de

guerre et de résistance. Les filles sont beaucoup plus avides de lecture que les garçons. Elles s'intéressent aux livres touchant à l'enfance, aux romans sentimentaux. Les garçons réclament des livres d'explorations récentes, policiers, d'espionnage. Les jeunes s'intéressent aux romans d'aventures, les aînés aux romans d'amour. Le lieu de vie, le milieu, l'influence du professeur, des camarades, interviennent dans le choix. Des tableaux montrent la répartition des livres lus et demandés.

D. JOYEUX-QUERCY.

Rééducation des déficients moteurs en U.R.S.S., par M. HEISSLER-BAUMSTEIN. (*Enfance*, XI, XII, 1957).

Après la guerre, le nombre des déficients moteurs a doublé en U.R.S.S. Les établissements pour infirmes sont des hôpitaux comprenant des salles de classe, des internats, des établissements scolaires spéciaux. Des instituteurs vont au chevet de certains enfants. Les enfants se rendent à l'hôpital ou au centre dont ils dépendent. La direction de la lutte contre les déformations motrices est assurée par l'institut Turner de Léninegrad, qui s'occupe des recherches, de la thérapeutique et de la prophylaxie. L'auteur donne en exemple la lutte contre la négligence et contre les causes matérielles d'accidents. Après avoir cité l'intervention chirurgicale « de Kreckenberg », l'auteur insiste sur la préparation psychologique qui précède les interventions. Les enfants groupés en équipes ou sections se livrent aux travaux manuels, à la gymnastique, à la musique... et surtout à l'activité scolaire. L'institut suit les enfants à leur sortie et établit de temps en temps leur bilan d'adaptation à la vie qui est excellent.

D. JOYEUX-QUERCY.

Équilibre statique, équilibre en mouvement : double latéralisation (entre 5 et 15 ans), par H. WALLON, E. EVART-CHMIELNISKI et R. SANTEREY. (*Enfance*, janvier-février 1958).

Les auteurs étudient les modifications dans l'équilibre postural entre 5 et 15 ans. Dans l'évolution motrice, au moment où se développe la prépondérance d'une moitié du corps, il y a latéralisation cérébrale et apparition du langage. Cette latéralisation intéresse-t-elle tout le corps ou seulement les sphères supérieures de la parole et de la main ?

Plusieurs épreuves concernant l'équilibre statique et dynamique sont utilisées, elles sont longuement décrites ainsi que les résultats obtenus (réussites, échecs, mouvements associés) chez 387 enfants. Des tableaux et des graphiques illustrent cette étude. Les auteurs comparent ensuite équilibres statique et dynamique et les épreuves yeux ouverts et yeux fermés. On remarque chez les droitiers une supériorité de la jambe gauche dans l'appui et de la jambe droite dans l'initiative motrice. La souplesse n'est pas liée à l'équilibre. Des mouvements associés se produisent quand l'équilibre est menacé. L'appareil régulateur (labyrinthe et vue) intervient. Enfin, il faut tenir compte du type moteur de l'enfant (enfants asynergiques, sub-choréiques, apraxiques) ; chez ces derniers, on met en évidence le rôle de l'état affectif dans l'équilibre. L'équilibre s'améliore régulièrement jusqu'à 11 ans puis l'amélioration devient capricieuse.

D. JOYEUX-QUERCY.

Enquête sur l'éducation à la ville et à la campagne, par Janine LARRUE et Philippe MALRIEU. (*Enfance*, janvier-février 1958).

II. Types d'éducation à la ville.

Les auteurs distinguent cinq types d'éducation : astreignant-protecteur, stimulant, libéral, faible et divisé ; ils prennent leurs exemples dans des familles et étudient à quoi ces diverses méthodes aboutissent chez les enfants. Le milieu social, l'instruction, mais surtout le degré de conviction des parents, les incitations multiples de la vie citadine, l'école, la structure du groupe familial interviennent également. A noter que l'éducation que donnent les parents dépend elle-même de celle qu'ils ont reçue, de leur propre histoire et des courants sociaux et philosophiques de l'époque. Il faut donc souligner l'importance des facteurs sociaux, culturels et historiques sur les méthodes éducatives. Dans leur conclusion, les auteurs rappellent leur première étude des milieux ruraux.

D. JOYEUX-QUERCY.

Test de Gesell et de Terman-Merrill appliqués en Uganda, par le Dr Marcelle GERBER. (*Enfance*, janvier-février 1958).

Après l'exposé de la technique utilisée, l'auteur nous fait part des résultats obtenus chez des enfants de 1 à 6 mois. Les objets du test de Gesell, inconnus pour eux, plaisaient aux bébés. L'avance motrice était considérable jusqu'à 6 mois ; à partir du 5^e mois, l'habileté manuelle, l'adaptivité, le langage, rattrapaient la motricité du reste du corps. A 8 mois, ils se tenaient debout et marchaient seuls à 10. Le test, homogène, montrait une avance de deux à trois mois sur l'Européen. Mais à 2 ans (traumatisme du sevrage et pauvreté de l'environnement), le dynamisme de l'enfant diminuait et le test ne l'amusait plus car faisant appel à des connaissances qu'il ne possédait pas. Après 3 ans, les tests étaient dissociés.

L'auteur montre ce qui dans ces tests est adapté ou non aux petits Africains ; mais, pour modifier les tests, il faut une connaissance approfondie de ces peuples.

D. JOYEUX-QUERCY.

Deux cas de la forme juvénile de l'idiotie familiale amaurotique (dégénérescence cérébromaculaire, par M. JEFFERSON et M. L. RUTTER. (*Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, vol. 21, février 1958, p. 31).

Les observations concernent un frère âgé de 19 ans et une sœur âgée de 16 ans. Ce sont des exemples typiques de la forme juvénile de l'idiotie familiale amaurotique. Les examens ophtalmiques, radiologiques, biochimiques et électro-encéphalographiques sont rapportés avec détails. Comme particularités, on relève des altérations des os longs et des vertèbres qu'on ne note généralement pas dans cette maladie et qui rappelle celles constatées dans la maladie de Gaucher. Le processus pathologique lipidique ne semble donc pas intéresser seulement les neurones cérébro-rétiniens. Les deux sujets présentent des symptômes de la maladie de Cushing et dans leur sérum une concentration des gamma-globulines, particularités non encore décrites dans l'idiotie amaurotique.

L. MARCHAND.

Premières constatations électro-encéphalographiques concernant des enfants mulâtres, par S. PIRO et C. SERRA. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, 957-970).

Etude systématique du tracé électro-encéphalographique d'enfants de 10 à 11 ans nés à la suite des événements de la deuxième guerre mondiale d'un père noir et d'une mère blanche. Les auteurs parviennent à deux séries de conclusions. D'une part, les altérations électro-encéphalographiques observées se ramènent à des aspects typiques d'immaturité bio-électrique que les auteurs rapportent à la perpétuelle tension émotionnelle et à la réactivité névrotique de ces enfants. D'autre part, de telles altérations du tracé, obtenues dans les divers groupes de la nosographie psychiatrique appliquée à ces enfants, sont superposables à des altérations analogues obtenues chez des enfants du même âge non mulâtres, présentant des troubles du comportement du même type, ou vivant dans des conditions émotionnelles semblables, et classés dans les mêmes catégories neuro-psychiatriques.

R. ROBERT.

Aspects divers de la labilité nerveuse constitutionnelle à l'adolescence et la jeunesse, par M. PARTI. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 5, p. 1023-1035).

Etude systématique de 1.300 sujets de 18 à 24 ans, répartis en un groupe de normaux (450 sujets), un groupe d'arriérés intellectuels (270), un groupe de caractériels (380) et un groupe mixte (200). L'examen standard comporte la recherche d'une série de signes neurologiques et neuro-végétatifs anormaux. Ces signes neurologiques sont retrouvés chez 12 % des sujets normaux, 16 % des arriérés, 26 % des caractériels, 24 % des types mixtes. Les anomalies neuro-végétatives existent chez 19 % des normaux, 13 % des arriérés, 27 % des caractériels, 25 % des types mixtes. L'auteur conclut à la démonstration de la neuro-labilité constitutionnelle existant chez certains adolescents présentant des anomalies intellectuelles ou caractérielles — et même chez certains sujets normaux. Cette neuro-labilité est ici considérée comme un signe de prédisposition au comportement antisocial.

R. ROBERT.

Psychothérapie simultanée individuelle et de groupe dans une névrose obsessionnelle infantile, par Isodoro TOLENTINO (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 26, mars-avril 1958, p. 217-228).

La névrose obsessionnelle, qui se manifeste dans l'enfance, est considérée, par l'auteur, comme due partiellement à la névrose maternelle et au milieu familial et social pathogène. A titre d'exemple, est décrit un cas de névrose obsessionnelle grave chez une fillette de 11 ans, soumise à une thérapeutique multidirectionnelle. La mère est traitée par psychothérapie de groupe, pendant cinq mois, la fillette par une psychothérapie brève ; quant au milieu ambiant, il est partiellement modifié par l'intervention des assistantes sociales. Les résultats ont été satisfaisants. A propos de cette observation, sont faites quelques considérations sur l'hygiène mentale de l'âge évolutif et sur la psychothérapie psychanalytique, considérée comme thérapeutique de choix dans ces formes. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Étude statistico-clinique sur un groupe de mille enfants signalés pour des difficultés d'adaptation à la première année d'école, par M. BALCONI (de Novare) et M. E. BERRINI (de Milan). (*Infanzia Anormale*, fasc. 25, janvier-février 1958, p. 42-89).

Les auteurs présentent une étude statistique et clinique qui élabore les données recueillies dans deux centres médico-psycho-pédagogiques (Milan et Novare). Il y avait une étude des conditions psychologiques, physiques, héréditaires et mésologiques d'enfants intellectuellement normaux, mais ne s'adaptant pas à la première année d'école. Le but était de rechercher les facteurs étiologiques et pathogéniques, non seulement de l'inadaptation à l'école, mais aussi des troubles psychologiques susceptibles de sous-tendre l'inadaptation. Il fallait donc déterminer des corrélations entre cadres, structures et conditions mésologiques, éducatives et héréditaires. Dans cette première partie de leur important travail, les auteurs présentent la méthodologie et les instruments de recherche (tables des données, code, notation des résultats), ainsi que les premières valeurs statistiques obtenues. L'analyse et l'élaboration statistique feront l'objet d'autres mémoires. De brefs commentaires sont faits sur les différences constatées entre les deux séries d'enfants (Milan, Novare), ce qui conduit à des considérations sur les modalités pour individualiser les inadaptés et les diriger vers les centres médico-psycho-pédagogiques. Nombreux tableaux numériques.

V.-J. DURAND.

L'hôpital psychiatrique pour enfants, par Mario GOZZANO et Giovanni BOLLEA (de Rome). (*Infanzia Anormale*, fasc. 25, janvier-février 1958, p. 3-10).

Les auteurs, considérant le développement de la psychiatrie infantile, pensent que le moment est venu de créer en Italie des hôpitaux psychiatriques pour enfants. Ils ébauchent l'organisation et le fonctionnement d'un de ces établissements, avec section d'observation, section pour enfants difficiles, section pour les psychotiques, section pour les oligophrènes graves, section pour infirmes moteurs cérébraux, enfin institut médico-pédagogique. Les nécessités et les caractéristiques de fonctionnement des diverses sections sont évoquées.

V.-J. DURAND.

L'intégration des concepts psychanalytiques sur le développement affectif infantile dans les données neurobiologiques et culturelles, par Serge LEBOVICI (de Paris). (*Infanzia Anormale*, fasc. 25, janvier-février 1958, p. 11-25).

Les concepts psychanalytiques sont très importants pour la connaissance du développement affectif de l'enfant, mais ils doivent être confrontés et intégrés, d'une part, avec les données neuro-biologiques, de l'autre avec les données fournies par la psychologie génétique à travers l'observation directe de l'enfant. Il n'y a pas de contradiction entre les constatations faites avec ces différentes méthodes. Une évocation est faite par l'auteur de l'histoire du développement psychique de l'enfant, en utilisant les résultats obtenus par les diverses sciences qui étudient ce développement. Il faut souligner le caractère de maturation et l'action structurante de la relation mère-

enfant, dans les premières années de la vie. L'auteur évoque les modalités des relations de l'enfant avec l'objet précurseur, le pré-objet et l'objet. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Éducation et psychologie, hier et aujourd'hui, par J.-P. SCHALLER (de Suisse). (*Rivista de psicologia normal e patologica*, São-Paulo, 3^e année, n° 3-4, juillet-décembre 1957, p. 443-462).

Si on relit le classique « Traité de l'éducation des filles » de Fénelon, on doit reconnaître que son auteur avait déjà deviné chez l'enfant de nombreuses causes capables de créer les complexes que la psychologie actuelle étudie. Il est utile de comparer ce traité du xvii^e siècle avec des ouvrages contemporains. Fénelon soulignait l'importance d'une atmosphère familiale détendue pour l'épanouissement de l'enfant, le caractère malsain de la crainte, de l'humiliation. L'influence heureuse de l'affection, besoin absolu de l'enfant, avait été reconnue par Fénelon, qui condamnait une autorité sèche et absolue, supprimant toute initiative personnelle chez l'enfant. L'absence d'affection crée une dépendance du petit vis-à-vis des parents qui ressemble dangereusement à un pénible esclavage. La joie et le bonheur sont des moyens pédagogiques très recommandés pour favoriser un climat calme et serein dans l'âme de l'enfant. La comparaison entre la pédagogie proposée par Fénelon et celle que l'on préconise actuellement montre que l'ancienne sagesse a toujours estimé que la manière dont l'enfant s'ouvre à la vie explique le déroulement de son avenir. Pour cela, une éducation éclairée doit veiller à rendre peu à peu l'enfant indépendant des siens. La maturité du petit ne doit pas être entravée par des parents trop protecteurs, dont la tendresse devient presque dévorante au lieu de demeurer simplement adjuvante. Une attitude saine et objective exige du courage, voire de l'héroïsme de la part des parents. En effet, ceux-ci souffrent beaucoup de sentir leur enfant leur échapper et développer son autonomie. Cependant, c'est le propre de toute pédagogie intelligente que de laisser la génération montante atteindre l'âge adulte pour accomplir, à son tour, sa mission.

V.-J. DURAND.

Corrélations électro-cliniques des pointes-ondes. A propos d'un cas de petit mal status et d'épilepsia minor continua avec fugues et épisodes confusionnels, par R. HASAERTS et J. TITECA (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 142-154).

Un jeune épileptique est atteint simultanément d'absence de type petit mal et de crises convulsives de type grand mal. Il présente également des épisodes confusionnels, dont certains semblent conditionnés par la persistance, pendant des temps prolongés (pouvant dépasser quarante minutes) de pointes-ondes généralisées. Il manifeste enfin des fugues amnésiques dont le mécanisme proposé consiste dans la succession de nombreuses absences au cours de chacune desquelles l'automatisme de la marche est respecté, sans que l'intervalle trop bref qui les sépare permette au sujet de se réorienter et de reprendre conscience. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les performances des enfants d'âge préscolaire dans les évaluations d'adultes, par Ezio PONZO (de Rome). (*Infanzia anormale*, fasc. 26, mars-avril 1958, p. 191-216).

Un certain nombre de performances d'enfants d'âge scolaire, tirées des épreuves de Terman et de Gesell, ont été présentées à un groupe culturellement homogène de cent adultes du sexe féminin. Le questionnaire demandait de formuler un jugement sur l'âge chronologique minimum nécessaire, normalement, pour que l'enfant accomplisse les performances correspondantes. Dix-sept des dix-neuf performances étudiées ont été significativement surestimées par les adultes, c'est-à-dire attribuées à un âge supérieur à l'âge valable dans le test. Sur la base des résultats obtenus, il a été possible de formuler l'hypothèse d'une surévaluation relative des prestations qui impliquent, de la part de l'enfant d'âge pré-scolaire, une habileté motrice manuelle. D'autre part, les adultes ont tendance à sous-estimer relativement des performances qui sont d'une exécution motrice plus facile, mais qui sont douées, pour le jeune enfant, d'un caractère problématique. Tableaux. Figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Dépression chez la fillette pendant la phase de latence, par Molly HARRINGTON et Janet W. M. HASSAN (de Glasgow). (*The british journal of medical psychology*, vol. 31, n° 1, 1958, p. 43-50).

Sur un groupe de quatorze fillettes de 8 à 11 ans, sept présentaient des signes de dépression. L'étude de ces cas permit aux auteurs de retrouver certains signes cliniques communs. La faiblesse du moi et l'auto-dépréciation présentes chez ces sept enfants apparurent de la plus grande importance. Une tentative a été faite de rattacher ces deux éléments à des défauts dans les identifications précoces. Les perturbations dans les fonctions maternelles au cours des deux premières années de la vie ont empêché la formation de solides identifications féminines. La connaissance de la faiblesse structurale du moi peut faciliter la résolution des problèmes thérapeutiques. L'essentiel est d'obtenir une bonne identification. Un point discuté demeure le pronostic lointain de ces formes de dépression infantile. Il ne semble pas que l'évolution se fasse plus tard vers la cyclothymie.

V.-J. DURAND.

A propos de 21 cas d'hypsarrhythmia de Gibbs. Son traitement spectaculaire par l'A.C.T.H., par L. SOREL et A. DUSAUCY-BAULOYE (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica belgica*, vol. 58, fasc. 2, février 1958, p. 130-141).

Les auteurs ont observé 21 cas d'hypsarrhythmia de Gibbs, appelée encore maladie des spasmes en flexion de la première enfance. Cette affection débute généralement entre le premier et le dixième mois de la vie. Elle est caractérisée par une régression psychique, un arrêt de développement moteur et l'apparition de crises épileptiques à composante le plus souvent myoclonique. Le tracé électro-encéphalographique montre l'image d'une très importante dysrythmie lente, diffuse, de haut voltage, entremêlée de pointes synchrones et asynchrones. L'évolution se fait spontanément vers la démence

rapide ou la mort. Dans sept cas, quatre à dix unités d'A.C.T.H.-retard ont été administrées quotidiennement pendant quinze jours. Dans cinq de ces cas, au bout de quelques jours, le tracé s'est entièrement normalisé. Dans un cas, il s'est nettement amélioré, puis est apparu un foyer temporal gauche. Chez un malade, enfin, aucune modification de l'électrogénèse n'a été obtenue. Au point de vue clinique, dans six cas, les crises épileptiques ont immédiatement disparu. Seul le petit malade qui ne s'était pas modifié électriquement n'a pas montré non plus d'amélioration clinique. Dans deux de ces cas, le traitement a pu être instauré au cours de la première semaine : l'état moteur et mental s'est, en quelques jours, rétabli entièrement. Le développement physique et intellectuel s'est normalement poursuivi. Des contrôles furent faits avec un recul de deux ans dans un cas, de neuf mois dans l'autre. Chez deux enfants où l'institution du traitement a été faite après trois à quatre mois, les crises ont disparu et l'état intellectuel ne s'est pas complètement normalisé. Dans les deux derniers cas, enfin, où le traitement n'avait pu être institué que plus tard, la démence a été totale. Cette méthode thérapeutique a donc modifié complètement le pronostic de cette affection grave de l'enfance. Elle agit d'autant mieux qu'elle est commencée plus précocement. Tableaux, Figures.

V.-J. DURAND.

THÉRAPEUTIQUE

Efficacité de la réserpine dans le traitement des hyperthyroïdies, par MM. P. MÉRIEL, Ch. DARNAUD et Y. DENARD (Toulouse). (*Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, séance du 6 mai 1958).

Les auteurs confirment les publications antérieures allemandes et américaines sur l'action de la réserpine à l'égard du métabolisme basal. Pour eux, cette action se situerait autour du système neuro-végétatif, à la périphérie, au niveau des tissus. Elle se comporte comme un antagoniste de la thyroxine et de la triiodotyronine. Peut-être est-elle apte à neutraliser certaine substance d'origine nerveuse nécessaire à la pleine activité de l'hormone thyroïdienne (adrénaline, ou histamine, ou sérotonine ?).

La réserpine ne peut être dissociée de l'emploi des antithyroïdiens de synthèse. La thérapeutique mixte est particulièrement féconde. Son indication majeure se place, pour les auteurs, à la limite des états para-basedowiens avec hyperpituitarisme thyroïdique (dystonie, goître, exophtalmie, sans amaigrissement). Ils n'ont jamais dépassé la dose de 1 mg. *pro die* en cures assez courtes de quinze jours environ.

Paul ABÉLY.

Considérations sur les effets cliniques et humoraux observés chez les épileptiques traités par l'acétazolamide (diamox), par G. BOTTARI GATTO. (*Acta neurologica*, 1957, XII, 739-750).

L'auteur a administré, par périodes de deux jours consécutifs, deux comprimés *pro die* d'acétazolamide à des épileptiques ; deux groupes furent faits, dont l'un reçut en outre des barbituriques. Les effets humoraux du

médicament ont paru identiques dans les deux groupes, cependant que les effets cliniques étaient plus favorables dans le groupe traité concurremment par l'acétazolamide et les barbituriques. L'auteur conclut que l'acétazolamide constitue une nouvelle acquisition de la thérapeutique anticomitiale, particulièrement utile en association aux barbituriques, dont il potentialise l'action, et vice-versa.

R. ROBERT.

Thérapeutique par les préparations cortisoniques en injections intrarachidiennes, par G. FASANARO, D. KÉMALI et D. VENTRA. (*Acta neurologica* 1957, XII, 5, 939-956).

Après une revue des diverses indications de la thérapeutique par la cortisone intra-rachidienne, les auteurs concluent que l'indication majeure reste celle des syndromes douloureux radiculaires, primitifs ou secondaires à d'autres affections neurologiques. Par ailleurs, la cortisone intra-rachidienne a d'intéressants effets fibrinolytiques dans les cas de blocage de la méningite tuberculeuse. Cependant, les résultats sont moins brillants sur les organisations fibreuses de l'arachnoïdite adhésive. Résultats également variables dans les myélites, encéphalites, névrites, dans la sclérose en plaques. Enfin, l'action de la cortisone ne doit pas être considérée comme négligeable sur la composante spasmodique de certaines affections médullaires, de type compressif ou dégénératif. Citons certaines tentatives de thérapeutique par la cortisone en psychiatrie, insuffisantes ou difficiles à systématiser.

R. ROBERT.

Psychothérapie pharmacologique et biologique de la schizophrénie, par R. HEATH, B. LEACH, Ph. LAWRENCE, W. BYERS, Ph. STEN MARTENS et Ch. FEIGLEY. (*The american journal of psychiatry*, vol. 114, n° 8, février 1958, p. 683).

La schizophrénie est une maladie qui comprend premièrement un trouble métabolique qui, suivant son degré, va des schizotypes aux psychotiques chroniques. Le stress est un facteur secondaire qui contribue à l'intensification des symptômes. Un trouble des hormones s'associe à la réaction du stress. Cette formule théorique, qui comprend un aspect biologique, est basée sur des études antérieures ainsi résumées :

Etudes physiologiques. — Chez les schizophrènes, on note des pointes-ondes et des ondes lentes dans les tracés obtenus dans la région septale, l'hippocampe et la région amygdalienne, et seulement dans cette région. La stimulation de cette région a donné une amélioration transitoire.

Etudes concernant le taraxéin. — Ce produit extrait du sérum des schizophrènes provient d'un défaut du système enzymatique oxydant.

Excrétion urinaire de catécholamines. — Après l'injection sous-cutanée d'épinéphrine, les catécholamines se trouvent en bien plus grande quantité dans les urines des schizophrènes que dans celles des sujets normaux. Cette constatation suggère que le métabolisme des amines est altéré chez les schizophrènes.

Cuivre sérique et taux du céruloplasmim. — Les schizophrènes ne répondent pas à une injection sous-cutanée d'épinéphrine de la même manière que les normaux ; cependant, les différences en ce qui concerne le cuivre sont très légères. Quant au céruloplasmim (oxydase-globuline du cuivre), le taux est plus élevé chez les schizophrènes qui sont en rémission, ce qui laisse supposer qu'il joue un rôle contre le processus psychotique.

Les auteurs ont tenté, d'après ces données, d'établir une thérapeutique biologique de la schizophrénie. Tout en reconnaissant la difficulté d'extraire du sérum le céruloplasmim, ils ont traité des schizophrènes avec un extrait prélevé chez des sujets normaux et l'ont utilisé en injections intraveineuses. Ils ont noté que les malades répondaient alors à l'administration hypodermique de l'épinéphrine comme les sujets normaux.

La région cérébrale septale semble renfermer une substance hormonale. L'extrait de cette région du cerveau du chat a fait l'objet de recherches chez 38 schizophrènes pendant plusieurs mois ; il a été employé en injections intra-musculaires ; on a constaté chez les schizophrènes une augmentation du taux du glutation réduit et une modification du métabolisme des catécholamines se rapprochant de celles de malades non psychotiques.

Les auteurs reconnaissent qu'ils n'ont pas de données suffisantes pour proposer actuellement une thérapeutique des schizophrènes.

L. MARCHAND.

Observations et essais thérapeutiques en matière de psychopathies séniles, par G. KAUCHTSCHISCHWIL. (*Giornale di Gerontologia*, 6^e année, n° 2, février 1958, p. 113-134).

L'auteur rappelle quelques modifications pathologiques du système nerveux dans la sénilité : atrophie cérébrale diffuse avec adhérence des méninges et hypertrophie des granulations de Pacchioni ; dégénérescence cellulaire dans les ganglions cervicaux et thoraciques ; hématome sous-dural plus fréquent qu'on le pense ; atrophie optique et névrite rétrobulbaire (importance du facteur héréditaire) ; moindre prédominance du système nerveux central sur le système neuro-végétatif ; augmentation du seuil de la sensibilité. Il résume quelques types de classification des psychoses séniles (Rossi, Bonfiglio) et les difficultés de l'assistance aux vieillards. Il énumère ensuite les fondements pharmacologiques du traitement : 1° difficulté d'absorption par voie entérale, donc plus grande latence entre le début des prises et la manifestation des effets ; 2° élimination plus lente par élévation du seuil rénal ; 3° moindre sensibilité du système neuro-végétatif par « rigidité » du système vasculaire ; 4° plus grande intolérance à certains médicaments (digitale, barbituriques, bromures, belladone). Les lysats de tissus embryonnaires entraînent une reprise du tonus psychique et de l'appétit et une normalisation du sommeil et de la pression artérielle (Zironi). En dehors, même, des cas évidemment imputables à l'artériosclérose, l'auteur recommande un essai de traitement par les vaso-dilatateurs. L'administration de muqueuse gastrique entraîne une baisse de la lipémie et de la cholestérolémie. Il résume les effets du largactil, de la réserpine, et leurs complications. Il étudie une association réserpine-doridène, qui permet d'utiliser des doses faibles de serpasil et d'éviter ses effets secondaires. Il a traité 65 femmes de 47 à 85 ans. En donnant les comprimés le soir, il a obtenu

une régularisation du sommeil dans 98 % des cas. Dans 32 % des cas, la prise du médicament a entraîné de la somnolence le jour suivant, la diminution des doses rétablit le rythme normal. Après un arrêt de quelques jours, l'amélioration se maintient dans 15,3 % des cas, les troubles réapparaissent dans 23 % des cas et s'aggravent dans 24 % des cas ; une nouvelle cure peut les contrôler de nouveau. Les doses utiles comprenaient, généralement, 0,15 mg. de serpasil et 0,250 g. de doridène.

BIÉDER.

Les stimulants centraux et leurs indications en psychiatrie, par Ségisfredo LUZA. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 412-419).

Des stimulants centraux (dérivés de la pipérydine et de l'oxazyne) ont été employés chez 42 malades (troubles neuro-végétatifs avec personnalité asthénique et symptômes hypocondriaques, dépression post-traumatique, dépression de la psychose intermittente, mélancolie d'involution, délires sensitifs de référence, névrose obsessionnelle, troubles du langage, symptômes défavorables au cours de traitement par chlorpromazine et réserpine). A l'exception des malades atteints de délire sensitif de référence, de névrose obsessionnelle et troubles dyslaliques avec oligophrénie où l'efficacité fut insignifiante, dans tous les autres cas, les résultats furent favorables. Dans les syndromes dépressifs, les dérivés de la pipérydine (ritaline, mératran) sont utiles dans les dépressions réactionnelles, les dépressions endogènes toutes les fois qu'il n'y a pas d'anxiété ou d'excitation anxieuse (il y a alors aggravation). L'emploi des stimulants dans les tableaux réactionnels et les états névrotiques faciliterait et renforcerait l'action de la psychothérapie. Il serait indiqué dans les troubles émotifs du langage et du caractère. Des travaux plus complets sont indispensables pour préciser de nombreux points.

V.-J. DURAND.

Recherches cliniques sur l'association dans la thérapeutique psychiatrique d'un sulfamide hypoglycémiant avec l'insuline, par R. CAPANI (de Rome). (*Il lavoro neuropsichiatrico*, 12^e année, vol. 22, fasc. 1, février 1958, p. 89-102).

L'association d'un sulfamide hypoglycémiant (B Z 55) à l'insuline a été employée dans la cure de Sakel chez quinze malades. Il y a administration du sulfamide à la dose de 4 g., distribués dans les 24 heures, le jour de repos suivant quinze chocs obtenus par l'insuline seule. Ensuite, le traitement est continué jusqu'à la fin de la cure, en réduisant de moitié la dose d'insuline et en donnant 2 g. de sulfamide après chaque série de quinze comas. Cette modalité d'association s'est montrée particulièrement efficace ; elle a permis d'obtenir une notable économie de l'insuline nécessaire (diminution de moitié à partir du quinzième coma). On a toujours observé des comas profonds et prolongés. L'association a été très bien supportée. Les effets curatifs sont sensiblement identiques à ceux que peut donner la classique cure par les chocs insuliniques. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Traitement psychologique des troubles de la parole et de la voix, par Emil FROESCHELS (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, 11^e année, n° 3, juillet 1957, p. 670-677).

L'auteur décrit d'abord les divers troubles de la parole et de la voix, montrant l'importance du rôle joué par les facteurs psychiques. En ce qui concerne le traitement, il est évident qu'une psychothérapie systématique est toujours de grande utilité. Il est nécessaire de convaincre le malade qu'il possède l'habileté potentielle indispensable pour obtenir une amélioration. Un excellent moyen psychothérapique est de l'assurer qu'il n'existe aucune cause organique à l'origine des troubles et que la parole et la voix sont des fonctions très simples. Un autre procédé utile est de rappeler au malade qu'il a été déjà possible d'aboutir à la guérison dans des cas semblables au sien. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le bilan de la psychothérapie de groupe en France, par S. LEBOVICI (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 15^e année, n° 378, 20 novembre 1957, p. 536-537).

En France, les psychothérapeutes qui pratiquent la psychothérapie de groupe ont tous une formation psychanalytique. D'autre part, le plus souvent, les psychothérapeutes français ne traitent des groupes qu'à titre thérapeutique. Ils ne s'occupent pas des groupes naturels dans un but de resocialisation. Parmi les méthodes utilisées, l'auteur envisage successivement : la psychanalyse verbale de groupe, les applications de psychodrame à la psychothérapie de groupe ou psychodrame psychanalytique, les psychothérapies de groupes de parents, les psychothérapies didactiques de groupe. Pour chacune des formes décrites, les principes d'application sont rappelés, quelques exemples rapportés. Enfin, les précautions à prendre sont indiquées, en particulier en ce qui concerne les modalités plus ou moins favorables de transfert et de contre-transfert.

V.-J. DURAND.

Psychothérapie du couple, par Carl A. WHITAKER (d'Atlanta, Géorgie). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 12, n° 1, janvier 1958, p. 18-23).

Entre janvier 1955 et janvier 1957, l'auteur a traité trente couples par la psychothérapie. Le thérapeute doit s'efforcer d'éviter toute participation à des décisions d'importance vitale ; il doit essayer de stimuler les potentialités affectives du couple. La méthode a pour caractéristiques de limiter les phénomènes de transfert sur le psychothérapeute et de diminuer les problèmes de contre-transfert. C'est un procédé de choix dans certaines indications, constituant un sensible progrès dans le domaine de la psycho-pathologie. Le traitement offre une occasion unique pour l'utilisation de la spontanéité du thérapeute et de ses affects créateurs interpersonnels. Il permet un plus grand développement de la capacité professionnelle du psychothérapeute en lui ouvrant de nouvelles perspectives sur les relations interpersonnelles et de nouvelles vues sur quelques-unes des forces dynamiques en jeu dans la psychothérapie individuelle. Les exemples de trois couples sont rapportés.

V.-J. DURAND.

Traitement des états d'agitation aiguë et des états délirants et confusionnels, par H. STECK (de Lausanne). (*Médecine et hygiène*, Genève, 16^e année, n° 387, 20 février 1958, p. 68).

L'auteur envisage, à l'usage du médecin-praticien, les éléments essentiels du traitement des états d'agitation psychomotrice sans troubles de la conscience, puis des états confusionnels avec troubles de la conscience. Examinant les diverses modalités de la thérapeutique suivant les affections en cause, l'auteur rappelle surtout les précautions à prendre et les procédés à éviter (en particulier, certaines associations médicamenteuses nocives).

V.-J. DURAND.

Les psychotoniques, par E. SCHULLER (de Paris). (*Médecine et hygiène*, Genève, 16^e année, n° 386, 10 février 1958, p. 56-57).

Rappelant les classifications des psychotoniques, l'auteur évoque les propriétés essentielles des principaux de ces médicaments, indiquant leur valeur thérapeutique, mais aussi montrant la possibilité de certains incidents, d'où nécessité de précautions à prendre dans leur emploi. Parmi les récents psychotoniques, à bien distinguer des analeptiques et des stupéfiants, il faut mettre au premier plan : 1) le phénidylate (chlorhydrate de l'ester méthylé de l'acide phénylpipéridylacétique), sans effet sympathomimétique gênant, à toxicité très faible ; 2) le pipradol ou chlorhydrate d'alpha-pipéridyl-2-benzhydrol, d'action assez voisine.

V.-J. DURAND.

A propos du traitement chirurgical des syndromes parkinsoniens, par A. WERNER (de Genève). (*Médecine et hygiène*, Genève, 16^e année, n° 389, 10 mars 1958, p. 110-111).

Le traitement chirurgical des syndromes parkinsoniens a traversé trois étapes : interventions portant sur les voies pyramidales, recherches sur les effets obtenus par atteinte de diverses structures sous-corticales, opérations touchant le globus pallidus. De grands progrès ont été accomplis. Mais, il reste beaucoup à faire et les points inconnus sont encore nombreux.

V.-J. DURAND.

Observations sur le comportement de maladies mentales leucotomisées, par Emilio MANCINI, Adriano BATTISTI et Sergio TRANQUILLI (d'Ancône). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, vol. 46, fasc. 6, novembre-décembre 1957, p. 894-902).

Les auteurs décrivent le comportement post-leucotomique de quatre schizophrènes et de deux dysthymiques, examinées un certain temps après l'intervention. Ils ont pu noter, par l'observation quotidienne, une décadence de la personnalité. Elle s'exprime par un nouveau mode d'insertion du moi dans le milieu extérieur et dans le monde affectif. Le niveau inférieur de régression de la personnalité se manifeste dans le type de langage et dans la mimique gestuelle où l'on peut voir apparaître des éléments de l'éthique vulgaire et collective. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

La chlorpromazine dans les névroses, par Arnaldo CANO, Elsa FELIPA et Manuel ESCOBAR. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 296-305).

Chez 106 malades atteints de névroses diverses, les auteurs ont employé la chlorpromazine. Il s'agissait surtout de traitements ambulatoires, sauf dans des cas de psychonévrose obsessionnelle avec placement à l'hôpital. Les doses variaient de 100 à 150 mg. dans 62 % des cas, de 200 à 400 dans 29 %, de 600 à 1.200 dans 9 %. Le médicament s'est montré efficace dans les syndromes réactionnels essentiellement exogènes, moins actif quand il y a des éléments dépressifs que si on note seulement de l'anxiété. Dans les autres névroses, la chlorpromazine est utile en association avec la psychothérapie. Il faut regretter jusqu'à un certain point un emploi trop large du produit dans de nombreuses indications, ce qui risque de dévaloriser les mérites réels de la chlorpromazine. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Emploi de la chlorpromazine dans l'alcoolisme, par Manuel ALMEIDA V. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 306-342).

La chlorpromazine a été utilisée par les auteurs dans 59 cas d'alcoolisme (30 d'intoxication aiguë, 16 de syndromes post-alcooliques, 13 de psychoses alcooliques). Généralement, les résultats ont été favorables. Dans l'intoxication alcoolique aiguë, la chlorpromazine, à la dose de 25 à 50 mg., a calmé rapidement l'inquiétude psychomotrice, entraînant de la somnolence au bout de trente minutes. Les nausées et les aliments sont apaisés. Dans les états post-alcooliques, le médicament agit surtout sur l'anxiété, l'inquiétude, l'insomnie et le tremblement. Enfin, dans les psychoses alcooliques, les bénéfices du traitement se font sentir sur l'excitation psycho-motrice, l'inquiétude, l'angoisse et l'insomnie. On peut discuter des fondements de l'action thérapeutique de la chlorpromazine dans l'intoxication alcoolique aiguë, ainsi que des changements vaso-moteurs observés pendant son administration. Il semble que le médicament ne modifie pas substantiellement les pseudo-perceptions des psychoses alcooliques, ni l'évolution générale. On n'a pas constaté de nette action sur la durée de l'hospitalisation, par comparaison avec d'autres thérapeutiques. A l'exception d'un certain degré de tachycardie et d'hypotension, il n'y a pas eu de complications sérieuses. En conclusion, la chlorpromazine apparaît constituer, pour les auteurs, un produit utile pour le traitement de l'alcoolisme, aigu ou chronique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Catamnèse de 197 leucotomies, par Nunes DA COSTA. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 9, n° 9, décembre 1957, p. 14-79).

S'appuyant sur la catamnèse de 197 leucotomies, l'auteur analyse les résultats obtenus à la suite de l'opération, effectuant une soigneuse étude psycho-pathologique. En ce qui concerne l'évolution, les meilleurs résultats s'obtiennent dans les formes à poussées intermittentes ou tendant à la rémission spontanée. La leucotomie peut interrompre, pour une période variable, la marche du processus, mais elle ne la suspend pas, ni ne la modifie favorablement. Parfois même, elle la précipite vers des phases ter-

minales. Les rechutes sont fréquentes. Sur les symptômes eux-mêmes, les modifications observées ont été nombreuses : diminution ou perte de l'abstraction de la pensée, baisse de l'imagination et des représentations, de l'attention, de la mémoire, de la capacité de synthèse, troubles des perceptions, appauvrissement du langage, diminution de la tension et de la résonance affectives, superficialité du contact, perte des intérêts, manque d'initiative et d'activité. En conséquence, certains troubles antérieurs sont changés ; au point de vue de la pensée : l'élaboration délirante, obsessionnelle ou psychogène, autisme ; pour l'affectivité, l'anxiété et la rigidité ; l'exaltation et la labilité, les réactions sthéniques ; enfin, dans le domaine de l'activité : l'agitation psychomotrice. Au contraire, d'autres signes demeurent non modifiés : structure délirante ou obsessionnelle de la pensée, hallucinations, expériences délirantes primaires, troubles formels de la pensée et du langage ; altérations primitives de l'affectivité (« sentir » schizophrénique, par exemple) ; troubles essentiels de l'activité (symptômes catatoniques). Dans l'ensemble, donc, la leucotomie agit sur la forme d'expression de la psychose, non sur sa structure. Elle modifie les symptômes, mais laisse intact le processus. Sur le plan biologique, il y a une diminution de la capacité réactionnelle de l'organisme à la maladie. L'opération atteint la fonction de protection de l'organisme en compromettant ses mécanismes de réaction aux stimulants, internes ou externes, pathologiques ou non. C'est, pour l'auteur, dans cette perspective qu'il faut apprécier les résultats de l'intervention psycho-chirurgicale.

V.-J. DURAND.

Applications de la bénactyzine en psychiatrie, par José L. CUNZA A. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 20, n° 3, septembre 1957, p. 401-411).

L'auteur donne les résultats obtenus avec la bénactyzine chez dix malades : deux cas de dépression endogène, un de dépression psychogène, deux d'hystérie, un d'épilepsie, deux de névrose d'angoisse, un de névrose obsessionnelle, un de psychose maniaque-dépressive. Le médicament s'est montré utile chez tous les déprimés. Dans les névroses d'angoisse, l'effet est uniquement symptomatique, avec reprise des troubles dès l'arrêt du traitement. Dans l'hystérie et la névrose obsessionnelle, les résultats sont négatifs. Une meilleure efficacité est obtenue en associant la bénactyzine à d'autres traitements. Dans l'ensemble, les effets secondaires sont minimes. L'impression générale demeure favorable.

V.-J. DURAND.

Psychoses fébriles et antibiotiques à large spectre. Emploi de la tétracycline dans les syndromes confusionnels aigus, par P. BISIO (de Gênes). (*Il lavoro neuropsichiatrico*, 12^e année, vol. 22, fasc. 1, février 1958, p. 68-88).

L'auteur rapporte six cas de syndrome confusionnel aigu guéris par la tétracycline, antibiotique préféré à cause des avantages de nature pharmacologique et pratique. Attribuant au facteur toxi-infectieux un rôle étiopathogénique prédominant, dans les cas semblables à ceux ici décrits, il soutient l'opportunité de l'utilisation systématique de la tétracycline dans les formes de confusion mentale, aussi bien avant tout autre traitement que simultanément avec d'autres méthodes. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

Conformément à l'article 3 du règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août, ni le mois de septembre.

La séance ordinaire du mois d'octobre de la Société médico-psychologique aura lieu le lundi 27 octobre 1958, à 15 heures 30, au siège de la Société, 12, rue de Seine, Paris (VI^e arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r R. ANGELERGUES est nommé d'office médecin-chef du quartier psychiatrique du centre hospitalier de Cayenne (Guyane), en remplacement de M. le D^r BROCHERIOU, appelé à d'autres fonctions.

(J.O. du 15 juin 1958, p. 5628).

M. le D^r D. BONNET est mis d'office à la disposition du Gouvernement général de l'Algérie, en vue d'assurer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie, en remplacement de Mlle le D^r Micucci, appelée à d'autres fonctions ;

Mme le D^r M. DELL est mise d'office à la disposition du Gouvernement général de l'Algérie, en vue d'assumer les fonctions de médecin-chef dans un hôpital psychiatrique d'Algérie (poste créé).

(J.O. du 29 juin 1958, p. 6079).

M. le D^r CARBILLET, ancien médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Sainte-Catherine, à Yzeure (Allier), est nommé médecin-directeur honoraire des hôpitaux psychiatriques (cadre général).

(J.O. du 29 juin 1958, p. 6079).

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle), poste créé ;

La vacance d'un poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont (Oise) est envisagée ;

Un poste de psychiatre départemental du Var est actuellement vacant.

(J.O. du 18 juin 1958, p. 5693).

Un poste de psychiatre départemental du Doubs est actuellement vacant (poste créé).

(J.O. du 21 juin 1958, p. 5783).

Les candidatures doivent être adressées dans un délai de trois semaines à compter de la publication des présents avis au ministère de la santé publique et de la population, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e.

Vacances de places d'internes

Centre psychiatrique départemental de l'Allier à Moulins : plusieurs postes d'internes en médecine sont actuellement vacants. Avantages habituels : indemnité mensuelle de 35.000 fr., logement et nourriture gratuits. Pour tous renseignements, s'adresser au médecin-chef.

Hôpital psychiatrique d'Alençon : deux places d'internes sont vacantes. 16 inscriptions validées. Envoyer d'urgence au médecin-directeur, 30, rue Julien, Alençon, candidature et liste de stages.

Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) (à 2 km. de Dôle) : deux postes d'internes sont vacants. Traitement et avantages : 471.200 fr. (1^{re} et 2^e année), 534.400 fr. (3^e et 4^e année). S'adresser à M. le directeur de l'hôpital.

Directeur-gérant : Olivier GARAND.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1958 (3^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.371

Cahors, Imp. A. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 92.591. — 1958

Printed in France